Rok XXXII. Kraków, 23. Grudnia 1893. Nr. 51.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 1.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-ym Stycznia 1894 rok trzydziesty trzeci swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym, co teraz formacie, w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim są płatne.

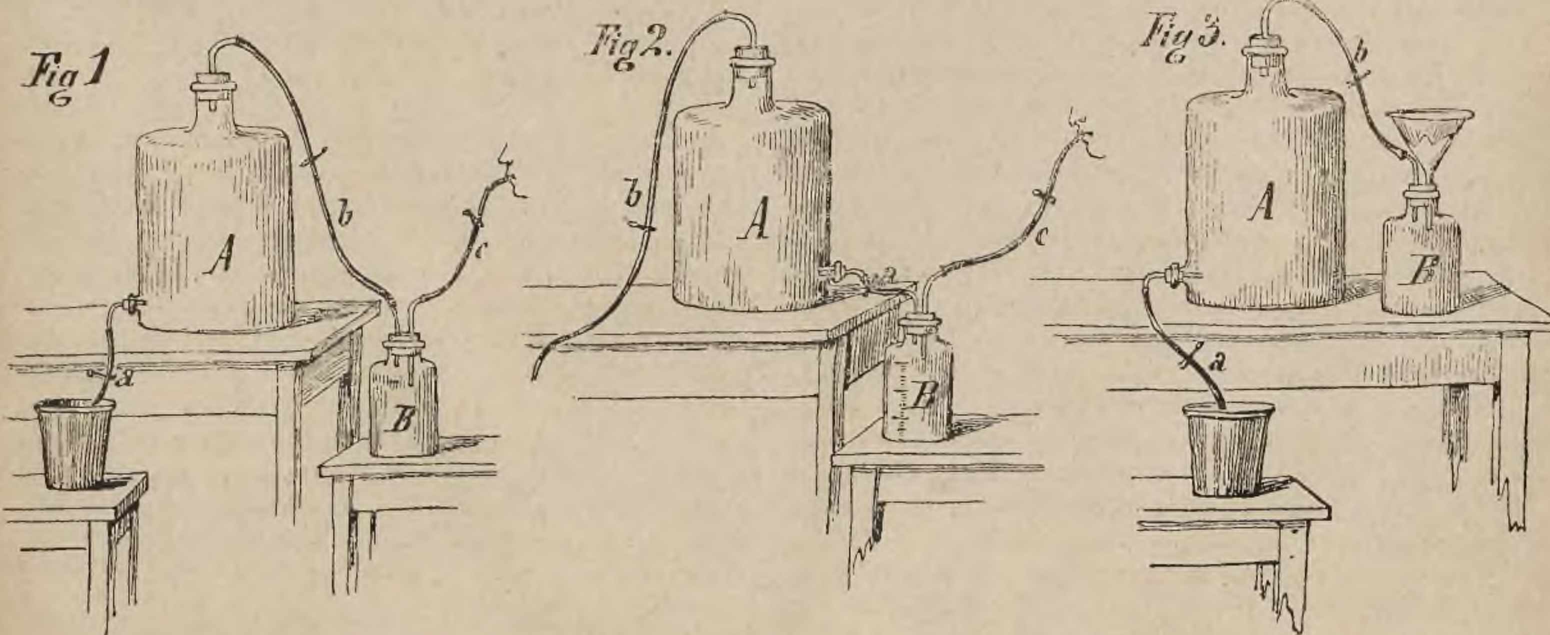
Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. O pobocznych zastósowaniach aspiratora Jaworskiego.

Napisał
Dr. med. Eugeniusz Kozierowski,
asystent katedry chemii w Uniw. lwowskim.

Z wielu przyrządów aspiracyjnych używanych w celu leczenia i rozpoznawania chorób żołądka najwięcej rozpowszechnił się, u nas przynajmniej, aspirator pomysłu Jaworskiego, czyli pompa ssąca stósownie zmodyfikowana. Za granicą mało ma wzięcia, mniej niż na to zasługuje, ja jednak w domowem ambulatoryum jej tylko używam w przekonaniu, że najbardziej ze wszystkich modyfikacyj odpowiada celowi. Nadto z poniżej przytoczonych uwag i załączonej ryciny przekona się czytelnik, że przyrząd ten może mieć jeszcze inne ważne w medycynie zastósowania, przez co tem większej nabiera wartości. Ponieważ o tych pobocznych zastósowaniach dotychczas nie czytałem ani nie słyszałem, uwa-



żam je przeto za własny pomysł i w tem tylko przekonaniu ogłaszam. Celem łatwiejszego zrozumienia modyfikacyj aspiratora Jaworskiego, służących do innych celów, muszę opisać naprzód sam przyrząd. Przedstawia go rycina pierwsza, z opuszczeniem jednakże pomocniczej, widełkowatej rurki. Opuszczam ją zaś umyślnie, bo aczkolwiek ma ona znaczenie pomocnicze w leczeniu chorób żołądka, nie jest jednak istotną częścią przyrządu a nadto w modyfikacyach jego, o których mówić zamierzam, jest zupełnie zbyteczną.

Aspirator żołądkowy Jaworskiego składa się z flaszki mniej więcej dziesięcio litrowej *A* o mocnych ścianach i dwóch otworach, jednym górnym, drugim bocznym przy podstawie. W obu otworach tkwią korki, dokładnie do ścian przylegające a więc najlepiej kauczukowe, z otworami w środku, przez które przechodzą rurki szklane o przekroju 1—2 cm., łukowato lub pod kątem zagięte. Na rurki te są nasadzone dreny kauczukowe, szczelnie je obejmujące. Dren *a*, nasadzony na rurkę tkwiącą w korku dolnym, spada do naczynia znajdującego się poniżej, dren *b* połączony z rurką w korku górnym umieszczoną, łączy się drugim końcem z flaszką *B* mniejszą, mocną, zawierającą koło dwóch litrów, także zapomocą rurki przeprowadzonej przez otwór korka kauczukowego. W tymże korku jest otwór drugi z drugą taką samą rurką, połączony z drenem *c*. Rurki przeprowadzone przez korek flaszki *B* powinny być jaknajdalej od siebie a końce ich wewnątrz flaszki w różnym poziomie; w przeciwnym bowiem razie płyn spływający drenem *c* do flaszki *B* zamiast w niej się gromadzić, mógłby dostać się do drenu *b* i dalej, co w obec próżni tworzącej się podczas działania przyrządu łatwo zdarzyć się może.

Funkcya aspiratora jest następująca: Flaszka *A* jest w całości napełniona wodą; zaciskadło na drenie *a* zamknięte. Jeśli teraz dren *c* połączy się ze sondą żołądkową tkwiącą już w żołądku a zaciskadło na drenie *a* otworzy, to woda z flaszki *A* spływać pocznie do zbiornika poniżej umieszczonego. W miejsce spływającej wody wstępuje powietrze przez dren *b* z flaszki *B*, przez dren *c* ze sondy żołądkowej i żołądka. W miarę dalszego ubywania wody we flaszce *A*, powietrze w całym aparacie rozrzedza się znacznie, przez co treść żołądkowa powoli w sondzie podnosić się zaczyna a z chwilą, gdy się już dostanie do dolnych części drenu *c*, spływa coraz raźniej, gdyż oprócz rozrzedzenia powietrza wpływa na jej postęp ku flaszce *B* siła, na której opiera się urządzenie lewara. W odpowiednim czasie zamyka się zaciskadło na drenie *a* a dren *b* odłącza się od sondy żołądkowej. We flaszce *B*, pozostaje treść czysta lub rozrzedzona.

Takim jest aspirator żołądkowy i jego zadanie. O wskazaniach i przeciwskazaniach do użycia jego i o przepłukiwaniu żołądka mówić nie będę; to bowiem nie wchodzi w zakres niniejszej pracy; natomiast przystąpię do pierwszej jego modyfikacyi przedstawionej na rycinie drugiej. Widzimy tu ten sam przyrząd; zestawienia jednak obu flaszek dokonano zapomocą innych drenów, przez co i działanie całego przyrządu jest odmienne. Dren *b* jest odłączony od flaszki *B* i otwarty wolno spada. Flaszka *B* jest obecnie połączona z flaszką *A* zapomocą drenu *a*, dren *c* łączy się ze sondą żołądkową a ta z żołądkiem poprzednio opróżnionym. Jeśli otworzymy zaciskadło na drenie *a*, to woda z flaszki *A* zacznie spływać do flaszki *B* a przypływ jej możemy dowolnie regulować zapomocą zaciskadła na drenie *a*. W miarę napełniania się wodą flaszki *B*, powietrze uchodzi z niej drenem *c* i sondą do żołądka i wydyma go; ilość wody nagromadzonej w *B*, którą odczytać możemy na podziałce umieszczonej na flaszce, daje nam miarę ilości powietrza, wepchniętego do żołądka, a więc miarę pojemności jego. Sposób ten okazał mi się bardzo wygodnym. Za pomocą niego można podczas sondowania żołądka, nie wyjmując nawet sondy z ust chorego, badać pojemność prawidłową i patologiczną narządu, oznaczać dolną jego granicę, badać guzy żołądka, odróżniać je od guzów w sąsiednich narządach i dowolnie regulować ilość wpychanego powietrza. W chwili zaś, gdy chory czuje prężenie i ból, można natychmiast wypuścić powietrze przez odłączenie drenu *c* od sondy żołądkowej. Łącząc następnie flaszki tak, jak to przedstawia rycina pierwsza, otrzymujemy pierwotny przyrząd, zapomocą którego na tem samem posiedzeniu wykonywać możemy żądane procedury, jako to przepłukiwanie żołądka lub badanie treści jego po poprzedniem wlaniu wody i t. d. Użytek z opisanej modyfikacyi możemy mieć jednak wtedy tylko, jeśli nie ma u badanej osoby niedomykalności wpustu lub odźwiernika, przez coby wpychane do żołądka powietrze mogło uchodzić do jelit lub napowrót obok sondy do przełyku. Zmiany te są jednak tak rzadkie, że ich brać pod uwagę nie ma potrzeby. Przyrządu tak zestawionego używać także można do wydymania jelita, n. p. w celu uwidocznienia i odgraniczenia guzów brzusznych. W tym razie trzeba dren *c* złączyć z sondą przeznaczoną do odbytnicy. Zdarzyć się może czasem, że sondę tak silnie obciśnie mięsień wpustu żołądka lub odbytnicy lub że okienka sondy zatkają się do tego stopnia, że ciśnienie wody we flaszce *A* nie wystarcza do pokonania oporu. Woda w tym razie mimo otwarcia zaciskadła *b* przestaje płynąć, przez co nie powiększa się ilość powietrza w żołądku lub jelicie grubem. Przeszkodę tę usunąć można zwiększając parcie we flaszce *A* zapomocą mocnego wdmuchiwania powietrza ustami przez dren *b*.

Nad wartością i krytyką metod służących do oznaczania dolnej granicy i wielkości żołądka zastanawiać się tutaj nie będę; natomiast czuję się w obowiązku zwrócić uwagę, że mamy przyrząd pomysłu Jaworskiego pod nazwą wolumometru żołądkowego, polegający na zupełnie tej samej zasadzie, jak modyfikacya aspiratora, którą opisałem. Przyrząd ten ma jednak tę niedogodność w porównaniu z opisaną przeze mnie modyfikacyą, że służy tylko do jednego celu tak, iż nie można z pomocą jego tak wygodnie i łatwo za jednym zachodem i za pomocą tegoż samego przyrządu oznaczać pojemności żołądka, przepłukiwać go lub aspirować jego treść.

Druga modyfikacya aspiratora Jaworskiego ma na celu przyspieszenie i ułatwienie przesączenia cieczy trudno się sączących, do których bardzo często zaliczyć należy treść żołądka, różnego rodzaju patologiczne mocze, treść torbieli, krew i t. d. W zakładach chemicznych znajdują się w tym celu osobne pompy, z których pomocą ciecze gęste, obfite w osady, lub rozkładające się w wyższej ciepłocie, szybko i wygodnie destylować lub przesączać można pod zmniejszonem ciśnieniem; w klinikach jednak lub w małych pracowniach lekarzy praktycznych przyrządy te nie mogą znaleźć zastósowania; sądzę więc, że wobec coraz częstszych styczności klinik i lekarzy z procedurami chemicznemi, proste zmodyfikowanie przyrządu, już dzisiaj znajdującego się w każdej klinice i u wielu lekarzy, ułatwi znacznie czynności wyżej

przytoczone. Modyfikacyę aspiratora, jako przyrządu przyspieszającego przesączanie cieczy, przedstawia rycina trzecia. Różnica jest tylko ta, że do otworu w korku flaszki *B*, gdzie poprzednio umieszczono rurkę połączoną z drenem *c*, wstawia się lejek szklany z gładkim sączkiem. Do sączka wlewamy płyn, który chcemy przesączyć. Po otwarciu zaciskadła na drenie *a* woda z butelki *A* spływać zaczyna do zbiornika niżej ustawionego. W miarę jej ubytku rozrzedza się powietrze we flaszce *A*, drenie *b* i flaszce *B*, czego naturalnem następstwem jest prędsze przesączanie się cieczy. Uważać tylko trzeba, aby cały sączek był wilgotny i aby dokładnie przylegał do lejka. W przeciwnym razie powietrze łatwo przeciskać się może pomiędzy lejkiem a sączkiem do flaszki *B*, przez co nie uzyskamy w aparacie rozrzedzenia się powietrza a tem samem i prędkiego sączenia się płynu.

Na tem kończę opis dwóch modyfikacyj aspiratora Jaworskiego, zastósowanych do dwóch różnych celów, oprócz tego, który mu sam autor przeznaczył. Mam nadzieję, że niejeden z kolegów spróbować raczy ich wartości.

II. Przypadek nacieku na czole po zażyciu jodku potasu.

Podał

Leon Rutkowski, lekarz w Płońsku.

Umieszczona przed kilkoma miesiącami w *Przeglądzie Lekarskim* praca Dra Szadka: O o s u t k a c h j o d o w y c h zwróciła baczniejszą moją uwagę na obserwowany przeze mnie przypadek, który wydał mi się podobnym do przypadku Dühringa z tą jednak różnicą, że oprócz prostego nacieku na czole po zażyciu jodku potasu ukazało się jednocześnie kilka zmian w narządach innych. Ponieważ w tym względzie zbyt mało mam praktyki, podaję więc swoję obserwacyę jako materyjał surowy, spodziewając się, że Szanowny Autor dopiero co wspomnianej pracy lub ktokolwiek inny z doświadczeńszych Kolegów sprostuje moje domysły, jeżeli okażą się mylnemi.

21. marca 1893 roku zwrócił się do mnie o radę dwudziestokilkoletni mieszkaniec Płońska N. N., z zawodu stelmach. Przy badaniu okazał się pacyent dobrze zbudowanym i dosyć dobrze odżywianym blondynem, z miernie rozwiniętą tkanką tłuszczową, z grubą bladawą skórą, rozlaną szeroką twarzą, z ruchami powolnemi, z limfatycznem więc, według wyrażenia się dra Szadka, usposobieniem. Zmian żadnych w narządach wewnętrznych i na skórze, z wyjątkiem niżej przytoczonych, odnaleść nie mogłem. Na bóle chory nie skarżył się; poważniejszych chorób w przeciągu ostatnich sześciu lat, podczas których mogłem go obserwować, nie przechodził; czy zaś chorował ciężko dawniej, objaśnić mnie nie umiał.

Chory zwraca moję uwagę na maleńkie około wędzidełka po lewej stronie główki prącia owrzodzenie, mające trwać od kilku dni, a które pokazało się podobno na 3. dzień po ostatniem spółkowaniu; przy wywiadywaniu jednak okazało się, że pacyent miał stósunek i przed 3 tygodniami z jakąś podejrzaną pod względem zdrowia osobą. Wymienione owrzodzenie było wrzodem stwardniałym. Gruczoły pachwinowe były powiększone, niebolesne. Zapisałem do przemywania owrzodzenia rozczyn sublimatu 1: 2000 a choremu poleciłem odwiedzać mię co kilka dni. W połowie kwietnia owrzodzenie zagoiło się; gruczoły pachwinowe, w które wcierano szaruchę, zmniejszyły się znacznie, inne zaś gruczoły limfatyczne powiększały się stopniowo. W końcu maja chory, ostrzeżony co do ukazania się objawów wtórnych, przyszedł do mnie, skarżąc się na nieznośny ból gardła i na zaczerwienienie błony śluzowej, obejmujące podniebienie miękkie; zaleciłem mu pomazywanie gardła rozczynem azotanu srebrowego. W końcu czerwca a więc po upływie trzech miesięcy, licząc od ukazania się wrzodu pierwotnego, wystąpiła różyczka, co mię skłoniło do zalecenia 28 wcierań szaruchy po dwa gramy. Po kuracyi gruczoły limfatyczne zmniejszyły się, zapalenie gardła ustąpiło, chory czuł się podmiotowo bardzo dobrze; wkrótce jednak, bo 5. sierpnia, wskutek zmęczenia i nadziębienia, według podania, pacyent mój znów zaczął doznawać, nieznacznych wprawdzie, dolegliwości ze strony gardła oraz nieokreślonego uczucia zmęczenia w kolanach. Gdy zalecony nanowo azotan srebrowy nie wywarł żadnego skutku, poradziłem choremu 13. sierpnia używać jodku potasu (6.0 na 180·0, 3 razy dziennie po łyżce stołowej). Wkrótce potem, bo 4. dnia, podczas zażywania jodu, to jest 17. sierpnia, pacyent, jak sam podaje, miał mieć podobno znaczną gorączkę i doznawać *obolenia* w całem ciele do tego stopnia, że całą dobę zmuszony był przeleżeć w łóżku; jednocześnie z gorączką wystąpił mocny katar, łzawienie, lekki i nieczęsty kaszel, bóle nieokreślone, jakby w żebrach a szczególniej w okolicy mostka i około kręgosłupa, bóle w jądrach; nieokreślone uczucie zmęczenia w stawach kolanowych nabrało cech mocnego bólu. Podczas badania klatki piersiowej, chory skarżył się na uczucie bólu, powiększające się za uciskaniem mostka, chrząstek żebrowych i okolic stawów żebrowo-kręgowych, oraz stawów kolanowych, miernie obrzmiałych. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej oraz jamy brzusznej wyraźnych zmian nie okazywały. Oglądając moszna, spostrzegłem niezbyt wielkie ich opuchnięcie zależne, jak się okazało po szczegółowem obmacywaniu, od obrzmienia zapalnego przyjądrzy, z których lewe wykazywało wyraźne już stwardnienie wielkości orzecha tureckiego. Na czole w okolicy prawego guza a właściwie nieco na wewnątrz od niego dostrzedz się daje płaski naciek, o nieregularnych obrysach, mający w górnej, ku włosom zwróconej swej części $2^1/_2$ cm. a w dolnej 2 cm. długości, szerokości zaś, licząc z góry na dół, $1^3/_4$ cm.; wysokość nacieku dochodzi zaledwie do $1^1/_2$ mm. Na tym, wklęsłym nieco ku środkowi nacieku zauważyłem do 13 słabo zarysowanych, okrągławych, sinawo zabarwionych wyniosłości, odbijających od bladego zabarwienia reszty skóry nacieku. Naciek ten nie sprawia choremu żadnych dolegliwości i staje się bolesnym tylko za mocniejszym uciskiem. Ze względu na bóle w stawach zaleciłem choremu 8 proszków *natr. salicyl.* po 0·6, (3 proszki dziennie); jodek potasu usunąłem, jądra zaś kazałem nosić w suspensoryum. 27. sierpnia przy oględzinach chorego jądra wraz z mosznami okazały się rozmiarów prawidłowych, przyjądrze lewe bez zmiany, w prawem zaś takież same stwardnienie, jak i w lewem; bolesność w przyjądrzach tylko za uciskiem. Co do nacieku na czole, to ten nietylko się nie zmniejszył, ale nawet stał się wyraźniejszym; sinozabarwione, okrągłe, wielkości prosa krostki obecnie były wydatniejsze, ułożyły się przytem przeważnie ku obwodowi nacieku, wklęsły zaś środek od nich był wolny. Bóle w kolanach i żebrach ustąpiły prawie zupełnie. Chory bledszy, niż zwykle, wygląda, jakby przeszedł jakąś ciężką chorobę gorączkową. 1. września bóle ustąpiły zupełnie, naciek na czole i stwardnienie przyjądrzy bez zmiany. Chory ze względów familijnych wyjechał do Warszawy.

Rozważając przypadek niniejszy, możnaby zapytać się, czy objawy, które wystąpiły u N. N. 17. sierpnia a mianowicie: naciek na czole, bolesność i stwardnienie przyjądrzy, bóle w żebrach, a właściwie w stawach żeber i powiększenie się bólu w kolanach, uważać należy za objawy, które wystąpiły wskutek działania jodku potasu, czy też za objawy przypadkowo tylko współczesne z użyciem jodu? Podług mego zdania związek dopiero co przytoczonych objawów z użyciem jodku potasu jest, co najmniej, bardzo prawdopodobny, gdyż podług zeznania chorego i podług mojej obserwacyi wystąpiły one 1) w czasie, w którym podług

Dra Szadka zwykły występować objawy zależne od jodku potasu, 2) wystąpiły w towarzystwie zwykłych objawów działania jodu, to jest wraz ze łzawieniem, katarem, z ogólną niemocą a nawet i gorączką, (która też może towarzyszyć objawom pojodowym), 3) ponieważ po odstawieniu jodu zaczęły się zmniejszać i ostatecznie ustąpiły (wątpię, aby po kilku proszkach salicylanu sodowego) z wyjątkiem stwardnienia przyjądrzy i nacieku na czole. Co do tego ostatniego, to znów się powołam na pracę Dra Szadka, podług której raz sformowane nacieki prędko nie ustępowały, wymagały nawet czasami interwencyi noża. Pominąwszy powiększenie bólów w kolanach i ukazanie się ich w stawach żebrowych, które mógłbym sobie wytłumaczyć wpływem jodu na błony maziowe, wyrażającem się w prawdopodobnym napływie krwi i w zwiększeniu się wydzieliny, najbardziej mię zastanawia w danym przypadku zajęcie przyjądrzy, robiące na mnie wrażenie zapalenia wiewiórowego, tylko o bez porównania mniejszem natężeniu pierwotnych objawów zapalnych; zaręczyć jednak mogę, że ani podczas kuracyi ostatniej, ani też bezpośrednio przed nią pacyent mój wiewióra nie przechodził; cewka moczowa była zupełnie prawidłowa, niebolesna, wydzieliny żadnej; jądra i przyjądrza przed zażyciem jodu zupełnie prawidłowe. Nie wiedząc ostatecznie, czy zajęcie przyjądrzy uważać za sprawę, związaną z cierpieniem głównem, czy też z działaniem jodu, poszukałem odpowiedniego rozdziału w farmakologii Nothnagla i Rossbacha, lecz dowiedziałem się tylko, że największą stósunkowo ilość jodku potasu przyjmują nerki, ślinianki, płuca a może i jądra, jakoteż, że rozciąganie działania jodku potasu na jądra zdaje się, że opiera się jedynie na urojeniu; dalszy ciąg rozdziału objaśniał wprawdzie, że mówiąc o działaniu, autorzy myślą tylko o zmniejszaniu się jąder pod wpływem jodu.

III. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Z powyższych tablic okazuje się, że pobudliwość nerwów i mięśni tak względem prądu stałego, jak indukcyjnego jest w ogólności znacznie zmniejszona w porównaniu do liczb, jakie średnio otrzymano oznaczając elektryczną pobudliwość nerwów i mięśni u osób zdrowych. Po stronie prawej jest niemal we wszystkich nerwach i mięśniach pobudliwość faradyczna i galwaniczna więcej zmniejszona, niż po stronie lewej. W nerwach kończyn dolnych pobudliwość jest w wyższym stopniu upośledzona, niż w kończynach górnych. Splot barkowy okazuje najwybitniejszą różnicę pomiędzy stroną prawą a lewą, na niekorzyść strony prawej. W nerwie dodatkowym Willizyusza prawym jakkolwiek jest lepsza pobudliwość galwaniczna, niż po stronie lewej, to przecież pobudliwość faradyczna w tym nerwie jest więcej upośledzona po stronie prawej, niż lewej. Zmian jakościowych w pobudliwości nerwów nie wykazano; natomiast w niektórych mięśniach znaleziono zmiany jakościowe jużto pod formą przewagi skurczu za zamknięciem anody, jużteż pod formą powolnego, leniwego, przeciągłego skurczu mięśnia (co w tablicy uwidocznionem jest przez dodanie poziomej kreski do liczby). M. kapturowy okazuje po obu stronach częściowe oddziaływanie zwyrodnienia (ilościowo: obniżenie pobudliwości galwanicznej i faradycznej, jakościowo: leniwy skurcz i Sk Zm An > Sk Zm Ka). Na odnodze górnej pewna część mięśni, symetrycznie po obu stronach, okazuje również częściowe oddziaływanie zwyrodnienia *(m. deltoideus, biceps, supinator longus, flexor pollicis longus, extensor carpi radialis longus et brevis, extensor carpi ulnaris)*. W mięśniach kończyn dolnych jest wybitne obniżenie pobudliwości galwanicznej i faradycznej (w *m. quadriceps, gastrocnem.* i *tibialis antic.*, znaczniejsze po stronie prawej, niż lewej).

Aby u naszej chorej naszkicować cały obraz chorobowy w grubych zarysach, podaję w krótkości, że choroba rozpoczęła się przed 8 laty osłabieniem mięśni barkowych po stronie prawej, mocnemi bólami rozpromieniającemi się wzdłuż kości ramieniowej prawej, wytworzeniem się rany w okolicy kostki wewnętrznej na nodze lewej, (podobnej do *mal perforant*), następnie na kostce zewnętrznej u nogi prawej i tworzeniem się mnóstwa ropni mało bolesnych na opuszkach palców obu rąk. Następnie chora zaczęła stopniowo tracić czucie w rękach, doznawała często pieczenia i bolów w kończynach górnych, bolów w karku ze zesztywnieniem lub ubezwładnieniem przemijającem mięśni karkowych. W tym czasie pojawiało się trętwienie języka z utrudnieniem mowy i wypadanie zębów. W końcu spostrzegła chora zmniejszenie się ostatniej falangi u małego i u czwartego palca (zanik) nogi lewej i stopniowo wzmagające się zniekształcenie palców, głównie z powodu skrócenia falang i częściowego unieruchomienia stawów między falangami oraz zesztywnienie w stawach nadgarstkowych i w stawach łokciowych, jak niemniej utrudnienie chodu. Z objawów, które przedmiotowem badaniem obecnie można wykazać, wymienić należy: zmiany odżywcze w kończynach górnych (skrócenie i częściowy zanik falang), zgrubienie końców kości śródręcza, unieruchomienie bardzo wielu stawów i plamy białe na skórze grzbietu rąk (z powodu zaniku warstwy brodawkowej skóry), zanik paznogci, zanik różnych mięśni, przeważnie wyprężaczy palców i mięśni ramieniowych, z objawami częściowej reakcyi zwyrodnienia, upośledzenie czucia temperatury i czucia bólu a mianowicie częściowe zniesienie czucia na rękach i na ramieniu, oraz powiększenie się kół czuciowych Webera i upośledzenie czucia ruchu obok utrzymania czucia ucisku i czucia mięśniowego, zboczenia naczynio-ruchowe w kończynach dolnych (rozszerzenie się drobnych żyłek, marmurkowanie skóry), niedowład mięśni kończyn górnych, utrudnienie chodu, zniesienie odruchów kolanowych, upośledzenie odruchów ścięgnistych w mięśniach kończyn górnych, upośledzenie pobudliwości mechanicznej w mięśniach wyprężających palce u rąk obok nieznacznego powiększenia się pobudliwości mechanicznej w mięśniach zginających palce rąk i w mięśniach ramieniowych i przytępienie odruchów skórnych. Szmer skurczowy nad komórką lewą i rzężenia w płucach, cechujące niedomykalność zastawki dwudzielnej i nieżyt oskrzelowy, bynajmniej tu w rachubę nie wchodzą.

Wobec tak wybitnego obrazu chorobowego, możnaby za iste sądzić, że zbyteczną jest rzeczą silić się na wyliczanie tych chorób, któreby mogły choć w przybliżeniu przedstawiać podobny zbiór objawów, jak w naszym przypadku i że każdy, kto tylko cokolwiek zaznajomił się z przypadkami opisywanemi pod nazwą choroby Morvana, musi niewątpliwie prawie na pierwszy rzut oka rozpoznać chorobę Morvana u naszej chorej. Z uwagi jednak na wspomniane już różnice

w zapatrywaniach się na przyrodę choroby Morvana, uważam sobie przede wszystkiem za obowiązek rozpoznać i odróżnić od innych chorobę w tym przypadku a pomijając na razie zupełnie spór co do związku tej choroby z syryngomyelią i trądem, naprzód starać się będę odpowiedzieć na pytanie, czy przypadek ten można istotnie uważać za chorobę Morvana w tem znaczeniu, jakie Morvan nadaje chorobie przez siebie opisywanej.

Z chorób, które na pierwszem miejscu przy rozróżnianiu tej choroby wyliczyć należy, wymieniam naprzód sklerodaktylię.

Jak wiadomo, sklerodaktylię uważają francuscy autorowie (Ball, Hallopeau, Dufour, Lepine, Tenneson) za pewną odmianę sklerodermii, gdy Kaposi (*Pathol. u. Ther. der Hautkr. 4. Aufl. 1893 Str. 643*) tych chorób za jedno nie uznaje. Według autorów francuskich są trzy formy sklerodermii: 1) *sclérodermie hypertrophique diffuse* lub *scl. oedemateuse* (Hardy) lub *sclêremie* (Besnier) 2) *sclérodermie en plaques*, 3) *sclérodermie des extrémités* lub *sclérodermie mutilante*.

W pierwszej formie skóra jest zgrubiała na znacznym obszarze, twarda, gładka, lśniąca, nie daje się we fałd ująć; słowem przedstawia obrzęk deskowato twardy, który pod palcem nie pozostawia dołka. Jeżeli przez sprawę chorobową zajęta jest twarz, to wyraz jej jest sztywny, bez zmiany pod wpływem wrażeń (*masque sclérodermique)*. Przez skrócenie skóry nos jest ścieńczały, usta zmniejszone a mogą być tylko niedostatecznie otwarte. Na kończynach sadowi się sprawa chorobowa najczęściej po stronie wyprężaczy. Gdy zajętą jest skóra na klatce piersiowej, ruchy oddechowe są utrudnione. Czasem choroba zajmuje także język lub krtań. W dalszym przebiegu sprawa kończy się albo wyzdrowieniem albo zanikiem skóry i części głębszych. Skóra jest zimna, ścieńczała, pościągana, przystaje ściśle do kości. Barwa skóry jest albo prawidłowa albo brunatna a nawet bronzowa. Czucie temperatury i czucie dotykowe bywają czasem upośledzone.

Druga forma: *sclérodermie en plaques* okazuje dwie odmiany: *sclérodermie en bandes* i *la morphée d'Erasmus Wilson*. W tej formie skóra jest, jak gdyby zmarzła lub podobna do pergaminu, okazuje mnóstwo plam barwikowych, które później w środku przybierają barwę mleczną a na obwodzie barwę niebieską lub liliową (*lilac-ring*).

Trzecia forma: *sclérodermie mutilante* sadowi się na kończynach symetrycznie, chociaż nie równocześnie. Gdy sprawa chorobowa zajmuje palce, mówimy o sklerodaktylii. Zboczenia naczynio-ruchowe (*asphyxia localis*), zanogcice, pęcherze, owrzodzenia i zgorzel na tle zboczeń odżywczych powstała, poprzedzają zazwyczaj stwardnienie skóry lub też mu towarzyszą. Palce cieńczeją i zmniejszają się, skóra jest naciągnięta, jak gdyby do kości przyklejona; w końcu jedna lub kika falang ulega zanikowi lub odpada, z pozostawieniem owrzodzenia, które się z czasem zabliźnia. Podobne zmiany rzadziej znajduje się na kończynach dolnych. Czasem odpadają lub też zanikają znaczniejsze części kończyn.

Sklerodermia tyczy się najczęściej kobiet w wieku między 20 a 40 tym rokiem.

Jak wypada z tego krótkiego opisu objawów napotykanych w różnych formach sklerodermii, jest w naszym przypadku bardzo wiele cech wspólnych ze sklerodaktylią. Nie tylko bowiem są zmiany na palcach (tworzenie się ropni, zanik falang, skrócenia i ścieńczenia palców), ale i zmiana we wyrazie twarzy, co właśnie w wątpliwych przypadkach ma rozstrzygać pod względem rozpoznawczym. U naszej chorej widoczne są na około ust pościągania skóry a zwłaszcza wyraźne zmarszczki poprzeczne na wargach, skutkiem czego na twarzy chorej maluje się przygnębienie, przerażenie i usposobienie płaczliwe; chora nie może ust otworzyć szeroko, nos jest ścieńczały i t. p., ale tego rodzaju zmiany pochodzą u naszej chorej niewątpliwie z ogólnego wynędznienia ustroju i z podeszłego wieku a nie mają nic wspólnego ze sklerodermią, w której twarz przybiera podobieństwo maski z powodu utraty ruchomości skóry. Powtóre zmiany w czuciu są w naszym przypadku wybitniejsze, niż to bywa w sklerodermii a zaników mięśniowych i częściowej reakcyi zwyrodnienia już wcale ze sklerodermią pogodzić nie można.

Chorobę Raynauda czyli symetryczną zgorzel lub *asphyxia localis*, objawiającą się głównie zboczeniami naczynio-ruchowemi, również można wykluczyć w naszym przypadku z powodu odmiennego przebiegu. W tej chorobie, polegającej zdaniem wielu badaczy na zboczeniach w ośrodkach naczynio-ruchowych a występującej w napadach, odróżniamy trzy okresy a mianowicie 1) okres bezkrwistości miejscowej (*syncope, anaemia localis, ischaemia regionalis*) 2) okres sinicy miejscowej (*cyanosis regionalis, asphyxia localis*) i 3) okres zgorzeli (*gangraena symmetrica*). Zazwyczaj nagle, bez widocznej przyczyny, najczęściej palec u ręki (rzadziej palec u nogi lub ucho albo nos) blednie tak dalece, że przedstawia się, jak gdyby w nim wcale krwi nie było; równocześnie odczuwa chory przykre pieczenie lub kłucie w tej części ciała i traci czucie dotyku, co pospolicie nazywają obumarciem palca. Po kilku minutach czucie wraca a w miejscu pieczenia pojawia się uczucie gorąca. Tego rodzaju napady stają się coraz dłuższe i częstsze a później przychodzą napady prawie bezpośrednio po sobie. Do uczuć pieczenia lub mrowienia dołączają się mocne bóle. Skóra jest blada, jak gdyby bez krwi, lub sino fijołkowa, według tego, czy jest równocześnie skurcz tętniczek i żył, czy też tylko skurcz samych tętniczek. Na palcach wytwarzają się małe pęcherze, wypełnione krwią, poczem tworzą się strupki powierzchowne; ztąd u niektórych chorych na palcach po stronie dłoni znajdują się liczne blizny gwiazdkowate. W końcu przychodzi zgorzel sięgająca do głębszych warstw skóry a nawet do kości, skutkiem czego następuje utrata jednej lub kilku falang.

Pachymeningitis cervicalis hypertrophica mogłaby wchodzić w rachubę ze względu, że u chorej były w karku bóle, którym towarzyszyła jużto sztywność, już też niedowład mięśni karkowych, ale zważywszy, że dziś w mięśniach karkowych nie znajdujemy żadnych zmian, że ruchy głowy są zupełnie swobodne, że zmiany na rękach nie odpowiadają owym typowym kontrakturom i ułożeniom rąk, dalej że skrócenia falang nie spostrzega się w tej chorobie, możemy tę chorobę wykluczyć na pewne.

Za *myelitis transversa* w części szyjnej rdzenia pacierzowego przemawiaćby mogły zaniki mięśniowe i niedowład oraz zmiany w czuciu na kończynach górnych, przemijające bóle, sztywność i ubezwładnienie w karku, tworzenie się ropni na palcach i zanik falang (jako wyraz zboczeń odżywczych) i chód spastyczny (jako objaw zajęcia sznurów bocznych) oraz trętwienie języka, utrudnienia mowy (jako wynik przelotnego posuwania się sprawy chorobowej ku rdzeniowi

przedłużonemu). Jeżeli jednak zważymy, że z początku były na odnogach dolnych sprawy zapalne, których nie moglibyśmy uważać za zmiany odżywcze wynikłe ze schorzenia szarej istoty rdzenia pacierzowego w części szyjnej, gdyż ośrodki odżywcze dla kończyn dolnych znajdują się w części lędźwiowej rdzenia pacierzowego a powtóre, że obok objawów spastycznego chodu znajdujemy niewątpliwie brak odruchów kolanowych, które w *myelitis cervicalis* musiałyby być niechybnie powiększone, a wreszcie zmiany w czuciu odnosiłyby się do wszelkiego rodzaju czucia, a nie wyłącz nie do czucia temperatury i bólu, musimy tę chorobę wykluczyć również w swoim przypadku.

Sclerosis lateralis amyotrophica rozpoczyna się, jak wiadomo, objawami porażeń spastycznych w odnogach dolnych a potem w odnogach górnych, do czego później dołącza się zanik mięśni. Pomijając już tę okoliczność, że w tej chorobie brak jest upośledzenia czucia, to obecność bardzo wybitnych zmian odżywczych w skórze i kościach dostatecznie wyklucza tę chorobę.

Sclerosis multiplex mimo najróżnorodniejszej lokalizacyi ognisk chorobowych i najrozmaitszych drobnych objawów odznacza się wybitnie cechami w każdym prawie przypadku, do których należy drżenie podczas zamierzenia ruchów, mowa skandująca i równoczesne zajęcie nerwów mózgowych.

Zanik mięśni postępowy nie łączy się ze zmianami w czuciu, ani ze zmianami odżywczemi w skórze i kościach ani z objawami chodu spastycznego.

Co do *neuritis multiplex*, to przytoczyć należy, że nasz obraz chorobowy nie odpowiada żadnej formie typowej, klinicznej zapalenia rozsianego nerwów, ze względu na swój początek i przebieg.

Wobec tego nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przypadku naszym mamy do czynienia z chorobą Morvana i to z przypadkiem typowym a rozpoznanie to opiera się głównie na pojawieniu się mnóstwa ropni na palcach u rąk (*panaritia*), około kostek (*mal perforant*), na wytworzeniu się teraźniejszych zniekształceń rąk, na upośledzeniu czucia temperatury i bólu w nieznacznym obszarze (na rękach) obok utrzymania czucia dotyku i na zanikach mięśniowych połączonych z częściową reakcyą zwyrodnienia.

Z przyczyny, że dziś niemal wszyscy uważają chorobę Morvana za odmianę syryngomyelii, nie od rzeczy będzie zastanowić się nad pytaniem, jakiego rodzaju zmian w systemie nerwowym spodziewać się należy w tym przypadku, czyli innemi słowy rozwiązać pytanie, czy na podstawie objawów szczegółowo opisanych nie można pokusić się o określenie domniemanej siedziby zmian anatomicznych w rdzeniu pacierzowym. Że tego rodzaju bliższe określenie siedliska choroby jest czasem możebne, o tem świadczą niektóre przypadki znane w literaturze.

W naszym przypadku, jeżeli wyjdziemy z założenia, że wszystkie objawy chorobowe zależą wyłącznie od zmian w rdzeniu pacierzowym (więc ściśle od syryngomyelii) a nie, choćby w części tylko, od zmian w nerwach obwodowych, musimy przede wszystkiem uznać za rzecz niewątpliwą, że główne zmiany odnoszą się do części szyjnej rdzenia pacierzowego. Ze względu na zaniki mięśniowe wnosić możemy, że rogi przednie substancyi szarej w wysokości 3.—6. korzenia szyjnego są zajęte przez sprawę chorobową (gliomatozę); ze względu na upośledzenie czucia bólu i temperatury wyłącznie prawie na rękach, przypuścić musimy, że zmiany w rogach tylnych substancyi szarej nie są znaczne; z uwagi, że chód jest spastyczny, domyślać się trzeba, że sznury boczne rdzenia pacierzowego w części szyjnej są przez nowotwór uciśnione, a ze względu na równoczesny brak odruchów kolanowych przypuścić musimy, że substancya szara również w części lędźwiowej jest chorobowo zmieniona czyli, że jama znajduje się nie tylko w części szyjnej, ale i w części lędźwiowej rdzenia pacierzowego. Od których części rdzenia pacierzowego zależą zmiany odżywcze na rękach i na nogach, ściśle określić nie możemy; w ogóle przypuścić można, że zależą one od zmian w szarej substancyi rdzenia pacierzowego tak części szyjnej, jak i lędźwowej. Według tego więc jama w rdzeniu pacierzowym zajmuje część szyjną i lędźwiową przewodu środkowego (centralnego) a zmiany neurogliowe w wyższym stopniu znajdują się w części szyjnej, niż lędźwiowej; w części zaś piersiowej zmian prawdopodobnie nie ma wcale.

W ten sposób moglibyśmy uważać omówienie swego przypadku za wyczerpane, gdyby właśnie nie ta okoliczność, że z powodu brania choroby Morvana za jedno z trądem (co uczynił pierwszy Zambaco-Pasza) musimy wszystkie, choćby najdrobniejsze szczegóły, w swym przypadku zebrać raz jeszcze a to głównie w tym celu, aby wyrobić sobie własne zdanie, o ile usprawiedliwionem jest zapatrywanie się wspomnianego autora; podzielając bowiem jego zapatrywanie się, musimy tem samem swój przypadek uznać za przypadek trądu, o którego możności istnienia w naszym kraju nikt zapewne dotychczas ani nie marzył.

Ponieważ samo zwrócenie uwagi na identyczność choroby Morvana a względnie syryngomyelii z trądem jest rzeczą wielkiej wagi, czuję się zmuszonym w krótkości rzecz tę przedstawić. Gdy Z a m b a c o - P a s z a rozczytywał się w opisach choroby Morvana, uderzyło go wielkie podobieństwo tej choroby z pewnemi przypadkami trądu, które spostrzegał w Konstantynopolu. Również objawy częściowego zniesienia czucia, opisywane jako bardzo cechujące dla syryngomyelii, naprowadziły go na myśl o identyczności syryngomyelii z trądem, gdyż objaw ten widział w niektórych przypadkach trądu. Myślą tą podzielił się Zambaco z profesorem P i t r e s e m w Bordeaux, który rzeczywiście w jednym przypadku uważanym za syryngomyelię, wyciąwszy kawałeczek nerwu z przedramienia, wykazał obecność prątków trądowych w tym nerwie. Wobec tego zachęcającego wyniku udał się Zambaco do Bretanii (ojczyzny choroby Morvana) i przedsięwziął szereg bardzo starannych poszukiwań, których wynik przedłożył Towarzystwu dermatologicznemu w Paryżu dnia 8. grudnia 1892 r. i Akademii lekarskiej. Jakkolwiek już od dawna wiadomo, że w wielu przypadkach rozpoznanie wahało się bardzo między syryngomyelią a trądem z przyczyny objawów, które można było ująć tak dobrze w ramy jednej jak i drugiej choroby, i jakkolwiek w takich razach równocześnie jedni badacze skłaniali się do rozpoznawania syryngomyelii, inni zaś rozpoznawali trąd, to przecież nikt aż do Zambaki nie wypowiedział stanowczo zdania uważającego syryngomyelię za jedno z trądem. I tak w 1891 r. T h i b i è r g e (*Lèpre anésthésique et Syringomyelie. Gaz. hebdom.*) opisał przypadek, który wybitni lekarze uważali za syryngomyelię a w którym L e l o i r (1889) rozpoznał stanowczo trąd, co też potwierdziło badanie bakteryologiczne (w krwi z eflorescencyi znalazł O r o M a r i o prątki trądowe). Przypadek ten tyczył się 45 letniego mężczyzny,

który w r. 1883 służył jako żołnierz w Tonkinie, gdzie po 18-miesięcznym pobycie postrzegł pęcherze na obu podeszwach i osłabienienie mięśni w ramieniu prawem; później wystąpiła całkowita termoanestezya, nie odpowiadająca ściśle rozgałęzieniu się nerwów, następnie obustronne porażenie zdziergacza powiek i zgrubienie nerwu łokciowego poniżej łokcia. Na podstawie tego przypadku Thibièrge zaledwie odważył się wypowiedzieć zdanie, że wiele przypadków trądu znajduje się w leczeniu pod mylnem rozpoznaniem; o tożsamości atoli syryngomyelii z trądem wcale nawet nie myślał. Dopiero Zambaco-Pasza, który w Konstantynopolu nabrał wiele doświadczenia co do trądu, pierwszy poruszył kwestyę tożsamości choroby Morvana i syryngomyelii z trądem wykazując, że trąd niewątpliwie dość znacznie jest rozpowszechniony w Bretanii, że pojawia się tamże w najrozmaitszych formach a mianowicie jako *lepra tuberosa, ulcerosa, mutilans, ichthyotica, maculosa, anaesthetica*, że są niewątpliwe przypadki trądu, w których czucie upośledzone jest w ten sposób, jak w syryngomyelii (porażenie czucia temperatury i bólu obok utrzymania się czucia dotyku), że przypadki opisywane jako choroba Morvana są pewną formą trądu (*lepra mutilans*), że w końcu niektóre dziwne postacie owrzodzeń uważanych za wynik zboczeń odżywczych, oraz pewne formy sklerodermii i syryngomyelii, jak niemniej przypadki „*morphaea*“ zaliczyć się musi do trądu a mianowicie syryngomyelia jako *lepra anaesthetica Danielsseni*, że zatem trąd o wiele więcej jest rozpowszechnionym, niż to dotychczas przypuszczano i że pojawiać się może w odmianach mało dotychczas znanych. Przewodniczący Towarzystwa dermatologicznego, Besnier, wypowiedziawszy najzupełniejsze uznanie dla pracy Zambaki, (mogącej stanowić nową epokę) wyraził równocześnie żal, że Zambaco ani w jednym przypadku nie przedsięwziął badania bakteryologicznego co do obecności lasecznika Hansena, gdyż dowód ten dla poparcia wywodów Zambaki jest niezbędnym. Otóż i tego dowodu dostarczył wkrótce Zambaco, albowiem Straus w wyciętych kawałkach skóry u chorych w Bretanii znalazł bardzo znaczną ilość prątków trądowych. Po tej szczęśliwej wycieczce do Bretanii przedsięwziął Zambaco podróż do południowej i zachodniej Francyi w roku bieżącym. Wszędzie, gdzie tylko dłużej się zatrzymywał, mógł napotkać łagodne przypadki trądu lub przynajmniej przypadki bardzo wzbudzające podejrzenie trądu; w niektórych zaś miejscowościach udało mu się odszukać nawet najwybitniejsze formy trądu, tak zwanej *lepra leonina*. W ogóle w południowej Francyi jest trąd zdaniem tegoż autora pod najrozmaitszemi formami; najczęściej jednak zdarza się w formie złagodzonej. Gdzie się tylko dało, wycinał Zambaco kawałeczki skóry lub cząstki guzów trądowych celem badania bakteryologicznego. W dwóch przypadkach znaleźli Moniez i Roux laseczniki trądowe; również w jednym przypadku, którego przed zbadaniem przez Zambakę wcale nie uważano za trąd, znalazł Pitres prątki Hansenowskie.

Z badaniami Zambaki licują również spostrzeżenia Lajarda i Regnaulta (*Progr. méd.* 1892 Nr. 46—51), którzy między mieszkańcami (cagots) Pireneów natrafili na osłabioną formę trądu (*lepra alba* dawnych autorów) objawiającą się częstem występywaniem ropni na palcach (*panaritia*) i białawem zabarwieniem skóry, przerostem paznogci, wyłysieniem i t. p. jak niemniej wzmianka podana przez Lajarda (*Trophische Störungen der Nägel, Haare und Zähne bei den Kretins. Deut. med. Zeit. 1892 Nr. 87*), że obok wielu przypadków trądu w Landes napotkał w bliskości typowy przypadek choroby Morvana i że kretynów mieszkających w Salies a odznaczających się wrodzonem dziedzicznem przerostem paznogci i brakiem włosów na głowie, rzęsach i brwiach, uważają miejscowi mieszkańcy za pochodzących od trędowatych i dla tego unikają ich a w kościele wyznaczają im osobne miejsce.

Zważywszy, że wobec badań Zambaki tożsamość choroby Morvana z trądem, zdaje się, że nie ulega najmniejszej wątpliwości, musimy się zapytać, czy i w naszym przypadku przedstawiającym typowy obraz choroby Morvana a względnie syryngomyelii, są podstawy do poparcia powyższego zapatrywania się, czyli innemi słowy, czy przypadek nasz możemy uważać za trąd.

Jak wiadomo, w przypadkach budzących podejrzenie trądu, rozstrzygała zazwyczaj okoliczność, czy chory przebywał w miejscowości nawiedzonej przez trąd i czy stykał się z trędowatymi, a gdy wywiady w tym względzie dawały odpowiedź przeczącą, wykluczano trąd i rozpoznawano albo chorobę Morvana albo syryngomyelią i t. p. I tak Kaposi (*Path. u. Ther. d. Hautkr. 1893* str. 822) podaje „.... *und umgekehrt bei Personen, welche niemals in Lepragegenden gewesen, kaum die Existenz dieser Krankheit angenommen werden kann*“. Jakkolwiek nasza chora poza obręb swego rodzinnego miasta (Zborowa) wydalała się jedynie tylko do Lwowa i z osobami trędowatemi według wszelkiego prawdopodobieństwa nie stykała się wcale, to przecież tej okoliczności nie możemy przypisać żadnego znaczenia, gdyż właśnie budzi się podejrzenie, że ten wzgląd był może dotychczas najczęstszą przyczyną przeoczania trądu. Wobec tego musimy przede wszystkiem starać się odpowiedzieć na powyższe pytanie nie tylko na podstawie szczegółowego rozbioru objawów klinicznych, ale także na podstawie badań bakteryologicznych. Pierwszemu zadaniu najskuteczniej uczynimy zadosyć, jeżeli przedstawimy sobie w ogóle formy, pod jakimi trąd może przebiegać i jeżeli opiszemy objawy tej choroby (*lepra Arabum, elephantiasis Graecorum*). Że trąd pod najrozmaitszemi formami przebiegać może, wiadomo powszechnie. Przeważnie odróżnia się dwie formy główne: 1) *lepra tuberculosa s. tuberosa* i 2) *lepra nervorum*, *anaesthetica s. glabra*, gdy niektórzy (Danielssen, Boeck, Hansen) odróżniają: *lepra tuberosa* i *maculosa* a Kaposi: *lepra tuberosa, maculosa* i *anaesthetica*. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Geissler: (z Berlina). **O przeszczepialności raka.**

Jak poucza doświadczenie kliniczne, rozszerzanie się raka w ustroju z pierwotnego ogniska odbywać się może głównie w trojaki sposób: *a)* drogą naczyń chłonnych, czyli limfatycznych, *b)* przez przesunięcie oderwanych cząstek nowotworu, które zatrzymują się w pewnem miejscu, wrastają i zaczynają bujać, jak to spostrzegać się daje w wielkich jamach ustroju, wreszcie *c)* wskutek bezpośredniego lub częstego stykania się miejsca rakowego ze zdrowem. W celu przekonania się namacalnego o powstawaniu ognisk rakowych w ten lub inny sposób użyto drogi doświadczalnej: otrzymania nowotworu przez przeszczepienie. Właściwie mówiąc, doświadczenia te polegają na przenoszeniu (*Uebertra-*

gung) istniejących już, gotowych cząstek w raku, nie może więc być mowy o szczepieniu (*Impfung*), o wywoływaniu raka w ścisłem znaczeniu, skoro używamy tkanki gotowej a nie pasorzytów, czy innego czynnika zakażającego, którego nie znamy. Według zatem analogii z doświadczeniami na tkankach fizyologicznych wnosić możemy *a priori*, iż przenoszenie tkanki rakowej najwięcej przedstawia widoków powodzenia u jednego i tegoż samego indywiduum (z jednego miejsca w drugie), potem pomiędzy indywiduami tego samego gatunku, wreszcie najmniej prawdopodobieństwa ma za sobą przenoszenie z jednego gatunku na inny, jak naprzykład z człowieka na zwierzęta.

Doświadczenia pierwszego rodzaju u człowieka są bardzo nieliczne ze względów łatwo zrozumiałych; wykonali je z powodzeniem Hahn, Bergmann i jeden chirurg francuski, o którego wynikach, nie wymieniając nazwiska, zdawał sprawę Cornil w Akademii. Analogiczne doświadczenia Senna wypadły bez skutku.

Przeszczepianie nowotworu z jednego indywiduum na drugie tego samego gatunku wykonywano na wielką skalę u zwierząt. Pierwsze wyniki dodatnie otrzymał Nowiński w roku 1876, z pomiędzy jednak 42 przeszczepień raka miękkiego z nosa psa na inne psy tylko w 2 przypadkach powstały typowe guzy rakowe, o których charakterze przekonał się mikroskopem. Dopiero w 12 lat później udało się Wehrowi przeszczepić z zupełnem powodzeniem raka pochwy suki na inne psy; w rok zaś potem takież wyniki otrzymał Hanau u szczurów. Pomimo kilku późniejszych dodatnich wyników innych autorów, w ostatnich czasach Duplay i Cazin (1893) zapatrują się nader sceptycznie na znaczenie tych udałych doświadczeń. Na 54 szczepień przez nich tkanki rakowej w najrozmaitszy sposób ani razu nie rozwinęły się guzy rzeczywiście rakowe.

Rodzaj trzeci doświadczeń z przeszczepianiem raka z człowieka na zwierzęta dał wyniki ujemne, pomijając kilka wyników wątpliwych dawniejszych badań (Langenbeck, Goujon). Dopiero w roku bieżącym ogłosił Adamkiewicz szereg doświadczeń, uwieńczonych powodzeniem a polegających na przeszczepianiu cząstek świeżych raka człowieka do mózgu królików. Środowisko to uważa on za najodpowiedniejsze do rozwoju raka na tej zasadzie, iż komórki rakowe jakoby wytwarzały jad swoisty, działający najwybitniej na tkankę nerwową. Świeży maleńki kawałeczek raka wprowadzony wgłąb do mózgu królika wywoływał śmierć zwierzęcia w ciągu 12—24 godzin; w mózgu, przeważnie w komorach, znajdywał Adamkiewicz liczne przerzuty rakowe w postaci komórek, które wywędrowały z wszczepionego kawałka a które przeto, zgodnie z wyrażoną niegdyś przez Langenbecka hipotezą, uważa on za samodzielne ustroje żyjące, będące właściwymi pasorzytami raka. Ich wytwór życiowy stanowi ów jad rakowy, kankroinę, pod względem chemicznym równoznaczną z neuryną; to jest według Adamkiewicza ów od tak dawna poszukiwany napróżno środek leczniczy na raka.

Doświadczenia Adamkiewicza z przeszczepianiem powtarzał Geissler w klinice Bergmanna i otrzymał wyniki wprost przeciwne. U królików w narkozie chloroformowej otwierał on czaszkę za pomocą utworzenia płata skórno-okostno-kostnego i z zachowaniem ścisłej aseptyki wprowadzał do mózgu popod oponę twardą kawałeczki raka; dla porównania zaś wprowadzał kawałki mięsaka i cząsteczki mięśnia piersiowego. Z pomiędzy szczepionych rakiem żaden królik nie zginął wskutek operacyi, w żadnym przypadku nie powstały przerzuty rakowe. Wszystkie te wprowadzone cząsteczki tkankowe, zarówno rakowe, jak i inne powyżej wymienione, jeżeli były wolne od zarodków septycznych i zaszczepione zupełnie czysto, wgajały się w tkankę mózgową prawie bez żadnej reakcyi, która gdzieniegdzie ograniczała się tylko do nieznacznego nacieku drobnokomórkowego. Z czasem wprowadzane cząstki raka zaczynały ulegać przemianie łącznotkankowej, nie okazując nigdzie zwiększenia objętości ani bujania pierwocin rakowych. W jamę otrzewnej wniesione cząstki, zarówno rakowe, jak i inne, obrzękały, stopniowo rozmiękały coraz bardziej, aż wreszcie rozpuszczały się zupełnie, tworząc rodzaj ropnia, naokoło którego szybko wytwarzała się torebka.

Inne były wyniki, jeżeli autor użył materyału, pochodzącego z nowotworu owrzodziałego lub jeżeli wprowadzona tkanka nie była zupełnie świeża. Wtedy w ciągu 1—2 dni następowała śmierć zwierzęcia wśród objawów zakażenia krwi (*sepsis*). Takie to mianowicie wyniki otrzymywał Adamkiewicz po wszczepieniu raka z tą tylko różnią, iż tłómaczy je zabójczem działaniem wytworów komórek rakowych, mających jakoby szybko bujać w mózgu i tworzyć przerzuty, a właściwie działanie to polegało na rozwoju sprawy gnilnej czyli septycznej wskutek wadliwego i nieczystego przeprowadzenia doświadczeń.

(Kwestyę przeszczepialności raka przedstawił obszernie w wykładzie swym na tegorocznym V tym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie prof. Browicz. Na podstawie ocenienia krytycznego mnóstwa danych w literaturze przychodzi do przekonania, iż rak jest przeszczepialny. Z wykonanych w tym względzie doświadczeń niewątpliwie dodatnie wyniki dały tylko przeszczepiania pomiędzy indywiduami jednego gatunku (u człowieka z jednego miejsca na drugie i pomiędzy zwierzętami jednogatunkowemi). Jednakże przeszczepialność nie jest bynajmniej dowodem pasorzytniczego pochodzenia raka, jak tego chcą niektórzy; przeciwnie, na podstawie własnych badań histologicznych, o których zdawał sprawę na zeszłorocznym Zjeździe chirurgów, zarówno, jak na podstawie wyników, podanych przez innych badaczów, sklania się prof. Browicz do wniosku wprost przeciwnego. Obecność protozoów u zwierząt wywołuje zwykłe objawy bujania komórek tkankowych, występującego w sąsiedztwie ciał obcych, działających czy to chemicznie czy mechanicznie, objawy nie mające nic wspólnego z nowotworzeniem rakowem, którego przyczyny odnosi prof. Browicz do pewnych wrodzonych własności komórek ustroju. (Przypisek sprawozdawcy). (*Archiv. f. klin. Chir. Tom. XLVI, S. 655*).

Dr. Kryński.

Hirschberg: O przeszczepianiu skóry z pozostawieniem przy niej całej warstwy tłuszczu podskórnego.

H. mówi tutaj o przeszczepianiu skóry na odległe miejsca, bez pozostawienia mostka odżywiającego, różni się zaś tem od sposobu Wolfego, że bierze płat razem z całą warstwą tłuszczu; jako warunek udania się przeszczepienia uważa wywołanie w płacie, który ma się przeszczepić, znacznego przekrwienia.

Operował 4 przypadki, z których 2 razy przeszczepiał płat na okostnę, raz na kość obnażoną, raz na zeskrobaną. Sposób operowania był następujący:

Po zatamowaniu krwotoku przez ucisk, raz nawet przez założenie 2 podwiązek katgutowych w dnie ubytku przystępował do przygotowania płatu. Rękę podniesioną do góry obwinął opaską Esmarcha aż do połowy ramienia i założył w tem miejscu węża uciskającego. Następnie zdjął opaskę Esmarcha i miejsce, z którego płat miał być wzięty, t. j. zewnętrzną stronę ramienia i przedramienia bił przez 2 do 3 minut wężem gumowym; potem wyciął odpowiedni płat z pozostawieniem mostka odżywiającego zwróconego ku ręce. Po zatamowaniu krwotoku z rany zdjął węża elastycznego uciskającego. W kilka minut płat obrzękł mocno i zaczerwienił się. Teraz szybko go odciął i przyłożywszy do ubytku, który miano pokryć, przyszył go szwami jedwabnemi. Płaty były na 3—4 cm. szerokie a 4 do 5 cm. długie. W jednem miejscu pozostawiał płat nieprzyszyty, żeby w danym razie krew mogła spłynąć. Na tak przyłożony płat kładzie *protectiv*, grubą warstwę waty i gazy i opatrunek lekko uciskający.

Płaty wyglądały przez pierwszy dzień blado, następnie zaś przez 5—6 dni świeżo i zdrowo, potem przybrały wej-

rzenie sine, ciemne, aż po 15—18 dniach oddzieliła się cała warstwa przyskórka z siatką Malpigiusza, pod nią zaś pokazała się blado różowa warstwa skóry, która się w przeciągu kilku dni pokryła przyskórkiem.

W wszystkich czterech przypadkach kawałki przeszczepione przyjęły się.

Co się tyczy dalszego zachowania się płatów, to powierzchnia ich pozostaje stale na równi z powierzchnią sąsiedztwa, barwa zaś ich jest albo prawidłowa albo nieco różowawa. (*Archiv. f. kl. Chir. tom 46. zeszyt 1.*)

Krause: **O przeszczepianiu dużych kawałków skóry.**

K. mówi w swej pracy o przeszczepianiu kawałków skóry, wziętych z jednego miejsca i przeniesionych na drugie bez pozostawienia odżywiającego mostka, u tego samego indywiduum. Robił te operacye sposobem Wolfego. Przeszczepił przeszło 100 płatów u 21 osób; z tych 100 obumarło tylko 4. Co się tyczy sposobu operowania, to zwraca uwagę na to, żeby operować aseptycznie i sucho. Podstawa, na którą płat chcemy przeszczepić, musi być świeżą raną i to prawidłową tkanką. W tym celu trzeba granulacye zeskrobać a, jeżeli dno rany stanowi twarda bliznowata tkanka, to ją nożem wyciąć; przy głębokich sięgających do kości wrzodach podudzia trzeba i kość dłutem odkuć. Następnie obmywa się dno sublimatem, który się spłókuje wyjałowionym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej a potem sterylizowanym kawałkiem gazy dokładnie osusza. Narzędzia i ręce operatora muszą być także zupełnie suche. Podobnie przygotowuje się pole, z którego płat ma być wzięty. Najpierw się obmywa, przyczem trzeba się wystrzegać szczotek, bo zanadto drażnią, potem czyści sublimatem, który się spłókuje sterylizowanym rozczynem soli kuchennej, następnie osusza sterylizowaną gazą. Skórę wycina się także suchemi narzędziami i przykłada na przygotowane przedtem dno. Płat skóry bierze się bez tłuszczu podskórnego. Po przyłożeniu skóry do dna przytwierdza się ją sterylizowanym paskiem gazy jodoformowej, następnie zakłada się opatrunek aseptyczny lekko uciskający. Pierwszy opatrunek zmienia się po 3—4 dniach; kończyny w celu zdjęcia opatrunku zanurza się w ciepły rozczyn kwasu borowego, żeby gaza lekko odeszła. Po 4 dniach płat wygląda blado lub sinawo; czasem tworzą się pęcherze, które trzeba otworzyć; po 8 dniach barwa zmienia się na różową. Czasami obumierają warstwy powierzchowne; niekiedy nawet w niektórych miejscach obumiera płat w całej grubości, ale zresztą w całości zwykle dobrze przyrasta i to bez względu na to, czy go przeszczepiło się na mięśnie, czy tkankę łączną, czy okostną, czy oponę twardą, czy też wreszcie na kości świeżo dłutem odkute.

Zupełne przygojenie się płatu trwa 3—6 tygodni. (*Archiv. f. kl. Chir. t. 46. zeszyt 1.*)

Gurlt: **Przyczynek do statystyki środków znieczulających.**

G. na podstawie ogromnego materyału, zebranego z rozmaitych klinik, stara się odpowiedzieć na pytanie, który ze środków obecnie używanych do znieczulania ogólnego, jest najmniej niebezpiecznym dla życia. Na 161.800 narkoz, które G. zebrał, wypada przypadków śmiertelnych 52, więc 1 : 3111. Jeżli się teraz przypatrzymy każdemu ze środków znieczulających z osobna, to dostaniemy:

środek	ilość przyp.	śmierci	więc
a) Chloroform	133.729	46	1 : 2907
b) Eter	14.646	1	1 : 14646
c) Chloroform z eterem naprzemian	4 118	1	1 : 4118
d) Mieszanina Billrotha	3.440		
e) Bromek etylu	4.555	1	1 : 4555
f) Pental	597	3	1 : 199

Najniebezpieczniejszym jest więc pental, potem chloroform, następnie chloroform razem z eterem w ten sposób stósowany, że używa się jednego narkotyku po drugim, potem bromek etylu, następnie mięszanina Billrotha (chloroform z eterem i wyskokiem), wreszcie najmniej niebezpiecznym jest eter; nawet bowiem jeden przypadek śmierci, który przypadł na 14.646 chorych trzeba odciągnąć, gdyż chodziło tu o chorego, u którego był znacznego stopnia wstrząs (*shok*) po silnym urazie, i wyniszczonego przez nadużywanie alkoholu; u tego wystąpiła po amputacyi obu rąk śmierć po 3 godzinach; nie można tu więc obwiniać eteru; właściwie zatem na 14.646 przypadków nie ma żadnego przypadku śmierci.

Za najmniej niebezpieczny więc ze wszystkich środków uważa G. eter, przyczem zwraca uwagę, że technika znieczulania eterem jest inna jak chloroformem, i pod tym względem odwołuje się do Buttera i Frickera, który radzi do tego używać maski wielkiej, drucianej, pokrytej nieprzemakającym materyałem (maska Dumonta); po wewnętrznej stronie maski jest kilka warstw flaneli. Na wewnętrzną stronę maski nalewa się 5—30 cm. eteru naraz, następnie przykłada się maskę szczelnie do twarzy a na wierzch jeszcze na twarz i maskę kładzie się ręcznik. Podnosi się maskę tylko od czasu do czasu na chwilę dla zbadania rogówek i t. d. i nalewa świeżego eteru.

W końcu podaje jeszcze statystykę tlenku dwuazotu, którego się używa tylko do bardzo krótkich operacyj w dentystyce. Otóż zebrał 11.464 znieczuleń, bez żadnego przypadku śmierci. (*Arch. f. kl. Chir. t. 46. zeszyt 1.*)

Dr. Rościszewski.

Terapia.

Heinz i Liebrecht: **Kwas kofeino-sulfonowy, nowy środek moczopędny.**

Liczba środków, któreby uważać można za wyłącznie moczopędne, jest bardzo nieznaczna. Naparstnica i jej pokrewne działają na nerki pośrednio przez wzmacnianie czynności serca. Z innych środków, n. p. teobromina, jakkolwiek wywiera bezpośredni wpływ na przyblonek nerkowy, sprawia zwężenie naczyń w nerce, które wyrównywa a raczej upośledza ten wpływ. Podobnie działa i kofeina. Zależało przeto głównie na tem, aby do kofeiny wprowadzić atom lub grupę atomów, któraby osłabiała lub znosiła działanie zwężające naczynia. Ponieważ ani połączenia kofeiny z halogenami (bromem), ani z chloralem, ani wreszcie z NO_2 po których można się było spodziewać pożądanego skutku, nie odpowiedziały celowi, wpadli autorowie na myśl łączenia kofeiny z kwasami sulfonowemi a raczej z ich solami. Doświadczenia z tem ciałem przeszły wszelkie oczekiwania autorów. Wpływ kofeiny na ośrodek naczynioruchowy niknie zupełnie po połączeniu jej z kwasem sulfonowym. Spostrzeżenia u ludzi były w zupełności potwierdzeniem doświadczeń na zwierzętach. Ilość moczu u ludzi zdrowych, przyjmujących około 2700 cm.^{3} płynu, wzmagała się po zażyciu 4 grm. kofeino sulfonianu sodowego, litowego lub strontowego z 1600 na 3000 do 3200 cm. sz. Żadnych ubocznych nieprzyjemnych objawów środek ten przytem nie wywoływał.

Prócz połączeń kwasu kofeino sulfonowego z sodem, używali autorowie dlatego także połączeń z litem i strontem, ażeby módz wpływać z jednej strony na rozpuszczanie kamieni moczowych (połączenia litowe), z drugiej na sprawy zapalne w nerkach, w których Francuzi zalecają sole strontowe. (*Berl. klin. Wochschr. Nr. 43. 1893*). *Osobne odbicie.*

B.

Choroby skórne.

P. G. Unna (w Hamburgu): **Wyprysk łojotokowy** (*eczema seborrhoicum*) [1].

Do niedawna za przyczynę wyprysku łojotokowego, idąc za Hebrą, uważano drażnienie przez komórki przyskórka tłuszczem przesiąkłe. Dawniejsi lekarze angielscy a mianowicie Erazm Wilson, według wydzieliny, czy była więcej do oleju, czy też bardziej konsystencyi zbitej, t. j. do łoju podobną, dzielili wyprysk łojotokowy (*eczema seborrhoicum*) na suchy (*siccum*) i tłusty (*oleosum*). Na podstawie badań anatomicznych Köllikera, podział ten nie przed-

[1]) Rozprawę tę napisał autor dla zbiorowego angielskiego dzieła, wychodzącego obecnie pod redakcyą prof. Andersona.

stawia prawdziwej wartości naukowej, bo wydzielina skórna obydwóch tych rodzajów składa się zarówno z komórek przyskórka, jakoteż i z łoju odpowiednich gruczołów. Dotychczasowe mniemanie, jakoby przyczyną tej choroby skórnej było zbyt wielkie wytwarzanie się łoju i komórek przyskórkowych, jest mylne; wykazały bowiem nowsze badania, że łojotok (*seborrhoea*) jest zapalną chorobą pasorzytniczą w rodzaju kataru skóry a zatem dawną przyczynę uważać należy za skutek i następstwa zapalenia.

Badanie drobnowidowe. Jak każdy inny wyprysk, tak i ten, o którym mowa, polega pod względem anatomicznym na trzech sprawach a temi są:

1) Częściowe zrogowacenie przyskórka (*parakeratosis*).

2) Bujanie komórek przybłonkowych (*akanthosis*).

3) Przekrwienie skóry właściwej z charakterem zapalnym.

4) Powiększenie się czynności wszystkich gruczołów skórnych a zatem większa produkcya łoju.

Najważniejszą rolę odgrywa zrogowacenie i złuszczanie się warstw przyskórka, skutkiem czego odsłania się właściwa skóra a w niej występuje obrzęk międzytkankołącznowy, nadający jej konsystencyę gąbczastą o większych lub mniejszych jamach surowicą napełnionych. Im sprawa chorobowa bardziej się przewleka, tem mocniejsze jest bujanie komórek przybłonkowych. Bujanie to odbywa się sposobem nie tyle rozlanym, ile raczej ogniskowym. Zapalenie skóry obejmuje często także warstwę brodawkową, w której w takim razie znajdujemy wysięk drobnokomórkowy lub wrzecionowatokomórkowy. Skutkiem przekrwienia przychodzi do nadmiernej wydzieliny tłuszczowej. Gruczoły skórne a przede wszystkiem ich przewody rozszerzają się i zapychają komórkami tłuszczowemi, które wszakże wydobywszy się na zewnątrz, tylko w powierzchownych warstwach przyskórka rozdzielają się niejednostajnie, tworząc wyspy o barwie żółtej. Łatwo zrozumieć, że przy nagromadzeniu się tłuszczu i późniejszym jego zeschnięciu w przewodach gruczołów, cebulki włosowe zamierają a włosy wypadają.

Etyologia. Przyczyną wymienionych zmian anatomicznych bezsprzecznie są pasorzyty, za czem także przemawiają sposób wężowatego ich szerzenia się na skórze, jakoteż skuteczność leków przeciwpasorzytniczych. Chorobę, o której mowa, wywołują przede wszystkiem spory Mallasseza czyli tak nazwane laseczniki flaszkowate (*Flaschenbacillen*) i morokoki. Pierwsze znajdujemy w wielkich ilościach w strupach i suchych łuskach powierzchownych, drugie zaś w owrzodzeniach sączących się. Szczepienia na skórze królików morokokami przez Unnę dawały wyniki dodatnie; wywoływały bowiem charakterystyczny wyprysk; zdaje się więc, iż są głównemi czynnikami chorobotwórczemi. Bakterye Malasseza zaszczepione, rozmiękczały tylko przyskórek; zdaje się przeto, że przygotowują one tylko grunt do mocniejszego zadziałania morokoków. Brano je początkowo za *staphylococcus albus* i dlatego nie przypisywano im większego znaczenia.

Staphylococcus albus i *aureus*, jakoteż mnóstwo streptokoków przyłączają się dopiero w późniejszych okresach choroby, w okresie ropienia owrzodzeń. Morokoki mają nadzwyczaj delikatną osłonkę, rozdzielającą się na dwie i cztery części i łączą się w gromady już w słabem powiększeniu widzialne. Rozmnażają się tylko przy znacznym przypływie tlenu a w hodowlach na pożywce nie idą w głąb, lecz rozrastają się na powierzchni. Czy bakterye te także są przyczyną nadmiernego wydzielania się tłuszczu, trudno orzec na pewno. Zdaje się, iż skutkiem rozpulchnienia przyskórka, jakoteż obrzęku właściwej skóry, treść gruczołów tłuszczowych rychlej dostaje się na powierzchnię; Unna jest jednakowoż zdania, iż główną przyczyną tego objawu jest inny drobnoustrój, wielokrotnie przez autora tego spostrzegany, że podstawą zatem wyprysku przerzeczonego jest zakażenie mięszane (*Mischinfection*).

Objawy kliniczne. Wyprysk łojotokowy występuje w przeróżnych formach i obrazach; wszystkie one jednak mają to wspólne, iż produkta chorobowe gromadzą się na skórze i dążą od głowy ku dołowi. Nie podlega także wątpliwości, iż i stan ogólny ustroju a, co za tem idzie, i zdrowotność samej skóry mają znaczny wpływ na stopień i przebieg choroby. Że choroba najczęściej obiera sobie za siedlisko porost głowy, polega na tem, że drobnoustroje tam przychylniejszy dla siebie, jakby zwierzyna w lesie, grunt znajdują. Ale i na głowie włosem nie porosłej, choroba ta rozwija się chętnie, jak to widzieć można u osesków i łysych. Wyprysk łojotokowy występuje w każdym wieku, najczęściej między 20. lub 30. rokiem życia i często polega na usposobieniu dziedzicznem. Ze wszystkich wyprysków jest on najczestszym, albowiem według Elliota stanowi 28% wszelkich wyprysków. Często zdaje się, jakby występował samoistnie najpierw na tułowiu lub rękach; zawsze jednak widzieć można rozpoczynające się ogniska łuszczące na głowie a w dalszym ciągu drogę łuszczących się ognisk (*pityriasis alba*) aż do miejsca chorobowo zajętego, które przeważnie zajmuje tylko górną połowę ciała. Kończyny dolne rzadko ulegają tej chorobie. Drugim punktem charakterystycznym jest szerzenie się wężowate od krańców a gojenie samodzielne od środka, nareszcie zabarwienie żółte, jakie przyjmują guziczki, pęcherzyki i skóra je otaczająca. Dolegliwości wielkich choroba ta nie sprawia. Swędzenie występuje tylko na porosłej głowie i w miejscach fałdzistych, jak n. p. pod pachą, gdzie więcej wydziela się potu. Pod względem klinicznym dzielimy wyprysk ten, jak i inne choroby skórne, na formy proste i złożone.

I. Formy proste. Do tego działu należą wypryski o wejrzeniu plamistem.

a) Zżółknienie (*Vergilbung*) skóry. Zabarwienie to pojawia się jako pierwszy objaw poprzedzający zwykłą łupież (*pityriasis capitis*) lub wyprysk łojotokowy. Najczęściej zabarwienie to sadowi się w okolicy fałdów około nosa. Powierzchnia skóry ma wejrzenie tłuste a w dotknięciu nie okazuje się gładką. Zabarwienie to występuje następnie często i w fałdach tułowia, brzucha i pośladków. Objawy te obejmuje autor nazwą *peridrosis oleosa* a za przyczynę ich uważa nadmierne powiększenie się wydzieliny gruczołów łojowych.

b) Plama z przekrwienia (*Hyperaemischer Fleck*). Przekrwienie powierzchowne poprzedza także tworzenie się łojotokowych wybujałości. Im są one znaczniejsze, tem grunt pod niemi więcej lub mniej przekrwiony o różnych stopniach barwy czerwonej. Przekrwienie to często towarzyszy żółtemu, poprzednio opisanemu zabarwieniu skóry. Samoistnie występuje w okolicy nosa i na samym jego szczycie, przedstawiając płaszczyznę nieregularnie ograniczoną i od więcej lub mniej przekrwionych i rozszerzonych naczyń włosowatych, biorąc swą ciemniejszą lub jaśniejszą czerwoność. Przekrwienie to jest podstawą tworzenia się trądzika czerwonego (*acne rosacea*), który niczem innem nie jest, jak wypryskiem łojotokowym.

c) Plama łupieżowa (*Schuppiger Fleck-Pityriasis*). Na podstawie przekrwionej lub całkiem prawidłowej występuje *parakeratosis* czyli powolne złuszczanie się przyskórka, który skupia się w grudki, po których odskrobaniu płynny wydziela się łój. Jest to obraz, jaki znają dermatologowie pod nazwą łupieżu głowy i łupieżu białego (*pityriasis capitis et pityriasis alba*). Forma ta poprzedza zazwyczaj cierpienie uporczywe o obrazie złożonym. Występuje ona w kształcie ognisk ograniczonych (*p. circumscripta*) lub rozlanych (*p. diffusa*).

II. Formy złożone. Forma złożona dopiero tworzy prawdziwy obraz wyprysku łojotokowego. Spostrzegamy tu zmiany plamiste, guziczkowe, ogniska łuszczące się suche i sączące, w których tworzy się różnorodny obraz.

a) Typ okalający (*typus circumcisus, der umschnittene Fleck*). Miejscem jego ulubionem jest okolica mostka. Przedstawia się w kształcie plam wielkości soczewicy lub grochu o barwie ciemno- lub szaro-żółtej, tuż przy sobie usadowionych, drobnemi kulkami tłuszczu pokrytych. Główną ich charakterystyką jest ostre ograniczenie brzegów strupem z komórek przyskórkowych i wypociny surowiczej

złożonym. Pierścieniowaty strup ten, skutkiem tarcia bielizny często odpada, pozostawiając po sobie rynienkowate zagłębienie. Niema zaś proliferacyi znacznej komórek przyskórkowych, ani też przekrwienia i obrzęku skóry.

b) Typ liściasty (*typus petaloides, Blumenblatt ähnliche Macula und Papel*). Szerzy się, tworząc rysunek liścia od mostka po całym tułowiu. Wilson typ ten opisał jako odrębną chorobę skórną pod nazwą *lichen annullatus serpiginosus*. Przedstawia się w postaci płytkich guziczków lub jeszcze plamek o barwie żółto-czerwonej, na powierzchni swej łuszczących się i drobne ziarnka tłuszczu zawierających a mających szczególną właściwość szerzenia się od zewnątrz, tworząc linie owalne lub półowalne. Brzeg ich jest otoczony strupem wałowatym, po odjęciu którego widzimy czerwonawe zagłębienia, odpowiadające końcom brodawek. Sprawa ta zanikając powoli od środka a szerząc się od brzegu, może całe lata istnieć na skórze piersi.

c) Typ o formie monety (*typus nummularis, Münzenförmige Papel*). Typ ten zajmować może całą skórę górnej połowy ciała i występuje najczęściej z przebiegiem ostrym w kształcie jasnych, żółtych guziczków, wielkości 1 do 2 cm. w średnicy. Przybierają one później barwę ciemną, wyrastają ponad skórę dość znacznie, na powierzchni swej przedstawiają płaszczyznę łuszczącą się i tłuszczem przesiąkłą. Wyniosłości te często ze sobą zlewają się skutkiem kroczenia na zewnątrz i tworzą większe, o nieregularnych kształtach guzy. Tłuszcz z macerowanym przyskórkiem usycha i zamienia się na strup, całą powierzchnię guza pokrywający. Na granicach zarostu włosem a najczęściej zarostu czołowego grupują się owe guziczki różańcowo, tworząc tak nazwaną *corona seborrhoica*. Po odjęciu strupa występują ogniska sączące się, o nacieku gąbczastym warstwy brodawkowej świadczące. Strup ten często sam odpada a ogołocone z niego miejsca zupełnie tak samo wyglądają, jak zwykły wyprysk sączący się. Rozpoznanie wtedy polega na tem, iż w innych miejscach strup jeszcze suchy utrzymuje się.

d) Typ pierścieniowaty (*typus annularis, Ringförmige Papel*). Typ ten jest następstwem i dalszym ciągiem typu poprzedzającego. Skutkiem szerzenia się od brzegów a zanikania w środku, tworzą się liście pierścieniowate o dużych łukach, mogących zajmować cały tułów. W formie tej strup tworzy tylko obrębienie, jest zbitszy i nie tak łatwo odpada, dążąc bardziej ku środkowi, aniżeli od środka.

e) Typ złogowaty (*typus concretus, Talgconcretionen auf entzündlicher Basis*). Forma ta jest ostatnim aktem całej sprawy chorobowej i przedtem uchodziła za właściwy wyprysk łojotokowy a przedstawia się w formie płaskich, rozmaitej wielkości złogów łoju zbitego, mocno do skóry zaczerwienionej przylegającego. Złogi te składają się morfologicznie z całych lub rozpadłych komórek przyskórkowych w połączeniu z komórkami przybłonkowemi przewodów gruczołowych i zeschłego łoju. Forma ta występuje najczęściej na miejscach porosłych głowy, gdzie pozostawia łysinę, na policzkach, małżowinach usznych, pod brodą, rzadziej na tułowiu, brzuchu lub mosznach. Przebieg jej jest przewlekły i uporczywy.

Oto najgłówniejsze formy wyprysku, o którym mowa. Rozumie się samo przez się, iż formy te nietylko występują samodzielnie, ale mogą łączyć się między sobą. Do nich a raczej skutkiem ich przystępują często inne wypryski, jak n. p. *eczema herpetiginosum, intertriginosum* i wszystkie rodzaje wyprysków sączących się. Najcięższem następstwem wyprysku łojotokowego jest łupież łojotokowy czerwony, *pityriasis rubra seborrhoica*, także *status exfoliativus malignus* zwana. Skutkiem ciągłego łuszczenia się przyskórka i tworzenia się strupów, które odpadając pozostawiają odsłonięte przekrwione, surowicą przesiąkłe i wrzodziejące płaszczyzny, ustrój osłabia się coraz więcej, występuje *marasmus*, który po kilku latach może śmierć sprowadzić.

Leczenie. Najrychlej do celu prowadzącym lekiem form początkowych do ołysienia dążących, jest pomada przez autora od r. 1882 używana według przepisu:

Rp. *Ung. pomadini* 30·00
Sulfuris praecipitati 1·0—3·00
M. f. ungtum.

Pomadą tą pomazywać należy głowę, co najmniej, dwa razy na tydzień, po oddaleniu strupów przez obmywanie *spiritu saponato-kalino*. Leczenie maścią siarczaną stosować można dla zapobieżenia nawrotom także po właściwej kuracyi. Dla poparcia leczenia wcierać można także 2—5% maść resorcynową z dodatkiem 1‰ sublimatu a, jeżeli włosy bardzo wypadają, nie zawadzi dodać do maści 2% nastoju pryszczawkowego (*tinctura cantharidum*).

W przypadkach cięższych, mianowicie w razie wielkiej liczby guziczków strupami i łojem pokrytych, używa autor do leczenia ciast czyli past cynkowo-siarczanych według przepisu:

Rp. *Zinci oxydati* 6·00
Sulfuris praecipit. 4·00
Terrae siliceae 2·00
Adipis benzoati 28·00
M. f. pasta.

Pastę tę wciera się nader starannie po 2 do 3 razy dziennie dopóty, dopóki część jej nie wsiąknie w powierzchnię skóry, przyczem należy poprzednio oddalić wyskokiem mydlanym strupy. Do pasty tej w przypadkach uporczywych można dodać 5—10% ichtyolu lub resorcyny. Leczeniem tem można w krótkim czasie usunąć chorobę.

W przypadkach bardzo ciężkich, gdzie mamy do czynienia ze znaczną proliferacyą przyskórka łuszczącego się, leczenie pastą nie wystarcza, ale chwycić się należy środka dzielniejszego. W takich przypadkach poleca autor maść chryzorabinową według przepisu:

Rp. *Chrysorabini* 5·00
Acidi salicylici 2·00
Ichthyoli 5·00
Vaselini flavi 88·00
M. f. ungtum.

Maść tę wciera się po 2 razy na dzień. Miejsce wtarcia pokrywa się papierem gutaperkowym i obwija opaskami z mulu. Po mocnej reakcyi na skórze, usuwa się chryzorabinę i zastępuje pastą.

U osób, których nie można często odwiedzać, najlepiej używać okładów wysychających resorcynowych (*Resorcin-Dunstumschläge*) według przepisu:

Rp. *Resorcini*
Glycerini
ãã 10·00
Spiritus 180·00

Po roztworzeniu 4 częściami odwaru rumiankowego wylewa się na płaty oczyszczonej waty chirurgicznej. Płaty przesiąkłe lekiem, po położeniu na miejscach chorobowo zajętych, pokrywa się papierem gutaperkowym i obwija opaskami. Opatrunek taki może leżeć i kilkanaście dni, poczem go się zmienia. (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. 1893. Nr. 79*). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Ignatowski (w Kijowie) **Przyczyna śmierci przy powieszeniu.**

Hofmann tłómaczy, jak wiadomo, przyczynę nagłej utraty przytomności i śmierci przy powieszeniu z zaciśnienia światła tętnic dogłowowych i zadrażnienia nerwu błędnego przez ucisk. Oba te czynniki sprowadzają ostrą niedokrewność mózgu. Autor odrzuca tłómaczenie szybkiej utraty przytomności i śmierci z podrażnienia nerwu błędnego, ponieważ czynność serca utrzymuje się w przypadkach powieszenia jeszcze dosyć długo po ustaniu oddechania. Przeciw twierdzeniu Hofmanna przemawia częste spostrzeżenie podczas sekcyj, iż mózg powieszonych zawiera w przeważnej liczbie przypadków prawidłową ilość krwi a nawet bywa przekrwiony. Autor wieszał psy i z chwilą, gdy ustawało u nich oddechanie, zaciskał podwiązki założone poprzednio na naczynia szyjne.

Doświadczenia te wykazywały przekrwienie mózgu. Zawieszał tedy psy, którym przedtem trepanował czaszkę

w okolicy kości czołowych. Objawy duszenia były następujące: z początku płytkie wdechy, z końcem pierwszej minuty nasilone wydechy i kurcze; w ciągu drugiej minuty mocne przekrwienie opon miękkich, mózg wydobywał się przez otwór trepanacyjny, brak oddechu, zniesienie czucia, wytrzeszczanie oczów, mimowolne oddawanie kału, uderzeń serca 50 na minutę; w ciągu 5. i 6. minuty cofnięcie się mózgu z otworu trepanacyjnego do jamy czaszkowej, zwolnienie akcyi serca; w ciągu 7. minuty płytkie wdechy, mierne wypełnienie naczyń opony miękkiej; w ciągu 11. minuty mózg w jamie czaszki zapadły, śmierć.

Bieg objawów ze strony oddechania był więc taki: w pierwszym okresie przeważały wdechy, w drugim wydechy natężone, poczem po mocnym ruchu wdechowym zaczynał się trzeci z rzędu okres bezdechu, właściwie okres zamartwiczy, wreszcie okres końcowy czynnych ruchów wdechowych obok biernych ruchów wydechowych. Z chwilą nastania okresu drugiego, t. j. okresu natężonych wydechów, występywało mocne przekrwienie mózgu i powiększał się ucisk wśródczaszkowy, którego dowodziło wypuklanie się mózgu z otworów trepanacyjnych. Na powiększanie się ucisku śródczaszkowego w czasie duszenia zwraca pierwszy autor uwagę.

Na podstawie tych doświadczeń tłómaczy autor nagłość śmierci i utraty przytomności w ten sposób: natężone ruchy wydechowe zwierzęcia są odruchowe i usiłują nastrój uwolnić od nagromadzonego we krwi CO_2; wydechy te są jednak także następstwem zadrażnienia tak górnego, jak i dolnego nerwu krtaniowego, o którym wiadomo z badań Rosenthala i Burkarta, że słabe ich zadrażnienie wywołuje zwolnienie wydechu, mocne zaś wstrzymuje oddech w okresie wydechu. Za wydechem podnosi się parcie w klatce piersiowej, skutkiem czego krew żylna z czaszki nie może swobodnie spływać do klatki piersiowej a więc zalega w naczyniach żylnych mózgu. Z drugiej jednak strony tętnice dogłowowe doprowadzają do mózgu ciągle nowe ilości krwi. Powstaje więc przekrwienie. Przekrwienie powiększa ucisk śródczaszkowy przez to, że płyn mózgozdzeniowy nie jest w stanie tak szybko, jak powstaje przekrwienie, cofnąć się do przewodu kręgowego. Powiększony ucisk śródczaszkowy będąc większym od parcia krwi w naczyniach opony miękkiej i kory mózgowej zaciska naczynia i wytwarza nagłą niedokrewność kory i utratę przytomności. Przy powieszeniu trwa okres wydechów dłużej, niż w przypadkach duszenia się z innych przyczyn; okres zaś ruchów oddechowych końcowych (*terminales Athmen*) jest o wiele krótszy. Högyes wykazał, że odcięcie półkul mózgowych przedłuża okres bezdechu i skraca okres ruchów oddechowych końcowych. Przy powieszeniu powiększenie się ucisku śródczaszkowego znosi działanie kory mózgowej a zatem zwierzę jest niejako półkul mózgowych pozbawione. Z chwilą nastania okresu bezdechu mózg się zapadał dlatego, ponieważ w tej chwili malało parcie w klatce piersiowej, krew z czaszki mogła ustępywać, wywołując zmniejszenie się parcia śródczaszkowego. Rychła utrata przytomności nastaje nie tylko przy powieszeniu, ale i przy nagłem zatkaniu dróg oddechowych, n. p. kęsem pokarmu.

Wreszcie tłómaczy autor odmiennie od Hofmanna powstanie klasycznego objawu Amussata, t. j. pęknięcia błony wewnętrznej tętnic szyjnych. Zdaniem Hofmanna główną przyczyną tej zmiany jest ucisk pętli na naczynia.

Autor dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do innego wytłómaczenia tego objawu. Pętla spoczywa u powieszonych zazwyczaj między kością gnykową a chrząstką tarczykową; pęknięcie zaś błony wewnętrznej tętnic znajduje się zwykle, na co i Hofmann zwraca uwagę tuż w miejscu podzielenia się tętnicy szyjnej wspólnej (*carotis com*). na zewnętrzną i wewnętrzną, to znaczy na górnym brzegu chrząstki tarczykowej a więc niżej od miejsca uciśnionego przez pętlę.

Zdaniem autora powstaje pęknięcie błony wewnętrznej w tętnicach szyjnych nie przez ucisk pętli na nie, lecz przez rozciągnienie ich; z jednej bowiem strony ciągnie pętla tętnice do góry, z drugiej znów strony działa przeciw temu pociąganiu przyczepienie tętnicy od dołu.

Za twierdzeniem autora przemawia spostrzeżenie, iż objaw Amussata pojawia się nierównie częściej u straconych za wyrokiem sądowym, których mistrz pociąga za nogi, niż u samobójców, którzy przez powieszenie odebrali sobie życie. (*Viertjschr. f. ger. med. III. F. VI. B. 2. H. 1893*).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

W przedmiocie pielęgnowania rąk u lekarzy i operatorów pisze *la Médecine moderne*:

Częsta styczność rąk z rozczynami kwasu karbolowego i sublimatu wytwarza nie tylko nieprzyjemne uczucie zimna i upośledza zmysł dotyku, lecz także prowadzi do rozpadlin i pękań skóry, mogących się stać bramą dla chorób zakaźnych. Tak przeto lekarze, jak i operatorowie winni baczną zwracać uwagę na skórę swych rąk, by ją, ile możności, utrzymywać ciągle w stanie prawidłowym, do czego posłużyć mogą dobrze następujące przepisy:

Jeżeli ręce stykały się z płynami alkalicznemi, należy je po wyjęciu dobrze namydlić a dopiero następnie opłukać wodą miękką, lub zanurzyć naprzód we wodzie miękkiej a następnie w rozczynie 1‰ kwasu solnego, szczawiowego lub octowego.

Po zetknięciu się rąk z rozczynami kwaśnemi, należy umyć je mydłem i wodą a następnie zanurzyć w rozczynie 1‰ sody.

Po zetknięciu się z kwasem karbolowym należy włożyć ręce do wyskoku, obmyć następnie mydłem i wodą a po obsuszeniu natrzeć lanoliną.

Po sublimacie należy ręce zanurzyć w roztworze soli morskiej w stósunku 1:5, obmyć potem mydłem i wodą a nakoniec natrzeć lanoliną.

Woń kreozotu, gwajakolu i jodoformu oddalić można najlepiej przez obmycie mąką ze siemienia lnianego i wodą.

W celu zapobieżenia wypryskowi należy po operacyi obsypać ręce łojkiem mełtym (*talcum veneta*) a obsypywanie to powtarzać co godzina w razie potrzeby.

Częste mycie rąk, osobliwie w zimie, prowadzi do popękania i rozpadlin w skórze. Ażeby temu zapobiedz, należy ręce zaraz po umyciu się a przed osuszeniem natrzeć płynem złożonym z 90·00 wody różanej i 10 gliceryny lub maścią przyrządzoną podług przepisu:

151) Rp. *Acidi borici porphyrati* [1]) *10·00*
Glycerini 20·00
Lanolini 30·00

albo pomazywać rozpadliny dwa razy dziennie według rady Steffena maścią:

152) Rp. *Mentholi 0·75*
Saloli
Olei olivarum
āā 1·50
Lanolini 45·00

Plamy anilinowe usunąć można najlepiej przez obmycie naprzód 5% rozczynem soli zwykłej, następnie 5% rozczynem nadtlenku wodoru a potem wytarcie kawałkiem płótna umaczanym we wyskoku.

Przeciw tak uporczywym bólom głowy na tle neurastenii i błednicy okazują się nieraz skutecznemi proszki:

153) Rp. *Antipyrini 0·25*
Coffeini 0·02
Cocaini muriatici
Opii pulverati
āā 0·01

Proszków tych można zażywać w miarę potrzeby od 3 do 4 na dzień w filiżance naparu gorącego kwiatu pomarańczowego, malwianego i lipowego, bacząc, by między zażyciem jednego a drugiego proszku upływało przynajmniej ½ do godziny czasu. (*La médecine moderne. 9. grudnia. 1893*).

---

[1]) zeszklonego.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XIII. Posiedzenie z dnia 24. listopada 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 34.

1. Po odczytaniu protokółu miał kol. Wiczkowski wykład jako przyczynek do swego dawniejszego wykładu: *czy anemia sama przez się może wywoływać gorączkę?*

Prelegent ze stanowiska teoretycznego przypuszcza możliwość wystąpienia i trwania gorączki z przyczyny samej anemii tłómacząc to zjawisko ciężkiemi zmianami, jakie niekiedy znajdujemy we krwi anemicznych. Z drugiej strony i kazuistyka może się przyczynić do wyjaśnienia tej kwestyi. Jeden z takich przypadków opisał prelegent w obszernem przemówieniu. Z wybitnych objawów należy wymienić: błony śluzowe dostępne badaniu bardzo blade, obrzęk lekki na twarzy i znaczniejszy obrzęk kończyn dolnych, nieżyt oskrzelowy w dolnych częściach płuc; badanie plwociny nie wykryło prątków gruźliczych. Komórka prawa nieco rozszerzona, wybitne szmery anemiczne, tętno miękkie, liczbą swą odpowiadające podniesieniu się temperatury; stan gorączkowy rozpoczął się w kilka dni po bardzo obfitej utracie krwi z poronienia i to bez wstępnych dreszczów, których też ani razu nie było w ciągu ośmiotygodniowego trwania gorączki. Gorączka występywała bez żadnego typu podnosząc się jużto wieczorem, jużto rano. Przy tem wszystkiem chora była swobodna, wejrzeniem swem nie zdradzała stanu gorączkowego, chodziła, cieszyła się niezłym apetytem, stolce były w porządku. Wątroba i śledziona prawidłowych rozmiarów. W moczu nie było ani razu białka, chlorki w ilości prawidłowej, powiększyła się tylko ilość kwasu moczowego. W narządzie płciowym kol. Festenburg i kol. Stahlberger nie wykazywali żadnych zboczeń. We krwi znacznie zmniejszona ilość ciałek krwi czerwonych (około dwu milionów w sześć. mm.), zmniejszona ilość hemoglobiny (27%), zwiększona ilość ciałek białych, odosobnione ciałka eozynowe, brak komórek rdzennych, mało ciałek krwi jądrzastych prawidłowej wielkości.

Prelegent rozebrał następnie krytycznie ten przypadek, wykluczył wszelkie inne choroby mogące tu wejść w rachubę, podał ściśle cechy odróżniające *anaemia gravis* od *anaemia perniciosa progressiva*, oparte po części na własnem doświadczeniu, i doszedł do przekonania, że przypadek powyżej przytoczony musi się uważać za *anaemia gravis* a gorączkę odnieść należy do samejże anemii. Wreszcie dodał, że zanim dojdzie się do podobnego wniosku, należy bardzo ściśle wykluczyć wszelkie możliwe inne przyczyny, uznane powszechnie za wywołujące gorączkę (*ref. własny.*)

W dyskusyi zwraca kol. Prus przedewszystkiem uwagę, że kol. Wiczkowski w przypadku przez siebie przytoczonym w zanadto szczupłych granicach rozpoznał i wyróżnił od innych chorobę, skoro zadowolniwszy się wykluczeniem tylko tyfusu, malaryi i gruźlicy — rozpoznał niedokrewność ostrą a gorączkę nieregularnie i z rozmaitem nasileniem występującą odniósł stanowczo do niedokrewności. Zdaniem kol. Prusa w przypadku tym była niewątpliwie *endocarditis septica;* za tem bowiem rozpoznaniem przemawiają: 1) Ten właśnie nieregularny typ gorączki. 2) Szmer skurczowy nad komórką lewą, o którym kol. Wiczkowski wyraźnie wspomniał. 3) Zajęcie *sensorium*, aczkolwiek niedługo trwające. 4) Objawy zastoju w krążeniu (puchlina brzucha, obrzęk na twarzy i obrzęk kończyn), które kol. Wiczkowski odnosi do anemii.

Następnie przytacza kol. Prus przypadki, które obserwował jako asystent w klinice prof. Korczyńskiego, i nadmienia, że w *endocarditis septica* stósownie do przebiegu a głównie ze względu na zachowanie się gorączki, rozróżnia się dwa typy, a mianowicie typ podobny do przebiegu duru brzusznego i typ podobny do przebiegu malaryi. W jednym i drugim razie badanie fizyczne wykazuje często tylko słaby szmer skurczowy a dopiero później, gdy sprawa chorobowa dalej postępuje, zjawić się mogą wybitne szmery nie tylko skurczowe, ale także rozkurczowe. Że chora opuściła szpital jako zdrowa, nie może to przemawiać przeciw rozpoznaniu, gdyż znane są przypadki septycznego zapalenia śródsierdzia, w których sprawa chorobowa może na jakiś czas przycichnąć lub nawet zakończyć się wyzdrowieniem.

W każdym razie nie ulega zdaniem kol. Prusa najmniejszej wątpliwości, że przypadek przytoczony przez kol. Wiczk. pojmować trzeba jako sprawę septyczną, powstałą z przyczyny zakażenia wśród poronienia dość ciężkiego, powikłanego krwotokiem.

Cechy w mikroskopowem zachowaniu się krwi, podane przez kol. Wiczk., a które jego zdaniem mają służyć do odróżnienia niedokrewności ostrej od niedokrewności złośliwej, po części nie wystarczają, po części zaś były w tym razie zupełnie zbyteczne z uwagi, że przyczyna niedokrewności znaną była w niniejszym przypadku (znaczniejszy krwotok). Co się tyczy hemoglobinemii, to kol. P. wspomina, że *haemoglobinaemia equi* jest chorobą dość częstą, łączącą się z hemoglobinurią i porażeniem kończyn tylnych, aczkolwiek geneza tej choroby nie jest jeszcze należycie wyjaśniona. Największem powodzeniem cieszy się przypuszczenie, że hemoglobinemia powstaje skutkiem uwolnienia się hemoglobiny zawartej w mięśniach prążkowanych w ich zwyrodnieniu.

Korzystne działanie *arsenianu strychniny* w przypadku opisanym przez kol. Wiczk. można sobie łatwo wytłómaczyć, uwzględniwszy, że strychnina jest nieraz dzielnym środkiem wzmacniającym czynność serca a arszenik przyczynia się do do spotęgowania wymiany materyi i do odnowy krwi.

Powołując się na swe poprzednie (przed kilku miesiącami) wywody z teoretycznego czysto punktu widzenia wysnute, przychodzi kol. Prus ponownie do wniosku, że twierdzenie, jakoby anemia sama przez się mogła wywoływać gorączkę, jest błędne a przynajmniej wszystkie przypadki, które kol. Wiczkowski przytoczył, twierdzenia tego poprzeć nie mogą, i kończy swe przemówienie oświadczeniem, że w przypadkach, w których rozpoznanie przedstawia pewne trudności, o wiele lepiej jest przyznać się do nieświadomości, niż upatrywać w anemii przyczynę gorączki. (Referat własny).

Dalej w dyskusyi przemawiali kol. Wernicki, Bory, Wehr, Obtułowicz, Schramm, uważając przypadek, o którym mowa, zgodnie z zapatrywaniem się kol. Prusa za septyczne zapalenie śródsierdzia. Kol. Schramm z własnego doświadczenia podaje, że w ostrej anemii nie znajdywał nigdy gorączki.

Kol. Stahlberger dodaje dla wyjaśnienia, że wezwany do chorej lekarz miał według podania chorej wyjąć jajo płodowe. Pomimo to chora dalej krwawiła i dopiero po założeniu tamponów przez akuszerkę przestała krwawić a następnego dnia, po przyjęciu chorej do szpitala, kol. Stahlberger wyjął jajo płodowe, poczem krwotok ustał zupełnie.

Kol. Prus po wyjaśnieniach tych tembardziej uważa swoje zapatrywanie się za niewątpliwe, jeżeli się uwzględni okoliczność podaną przez kol. Stahlbergera, że chorą tamponowała posługaczka.

Kol. Kadyi po wyjaśnieniach kol. Stahlbergera również nabrał przekonania, że przypadek podany przez kol. Wiczkowskiego należy pojmować jako sprawę septyczną. Niedokrewność była następstwem znacznej utraty krwi; prócz tego długa gorączka także wywołuje i utrzymuje anemię.

Kol. Gluziński sądzi, że w danym przypadku czynnik etyologiczny był zanadto wybitny, ażeby go nie uwzględnić. Przypadek przytoczony możnaby uważać tylko za dowód, że posocznica niekiedy jest uleczalną.

Kol. Wiczkowski w odpowiedzi oświadcza, że rozpoznanie kol. Prusa: *endocarditis septica* pozbawione jest ścisłych podstaw, albowiem szmery dające się słyszeć nad sercem były natury wybitnie anemicznej, obrzęk twarzy i kończyn dolnych mogą również być następstwem samej anemii, zwłaszcza, że nie było zastoin w organach wewnętrznych; wątroba i śledziona nie były powiększone a w moczu białka nigdy prelegent nie wykazał; a przecież to są objawy, które musiałaby wywołać *endocarditis* zwłaszcza tak długo trwająca. Już prędzej możnaby było w powyższym przypadku myśleć o posocznicy; lecz jakżeż moż-

na sobie wyobrazić posocznicę bez dreszczów, bez zapadów? We krwi nie można było wykazać żadnych patologicznych drobnoustrojów; ilość chlorków w moczu była zawsze prawidłowa. Chora była prawie przez cały przeciąg choroby swobodna, chodziła, niekiedy dość jadła; wogóle nie robiła wrażenia chorej na posocznicę. Wobec tych danych nie wahał się prelegent wykluczyć wszelkich innych przyczyn mogących wywołać gorączkę a rozpoznał tylko ciężką anemię, która była przyczyną gorączki. (*Ref. własny*).

2) Kol. Kohlberger miał odczyt p. n.: *Typowe formy chorób umysłowych.* (Rzecz będzie w całości drukowana).

Na tem posiedzenie zakończono. Sekretarz *Dr. Bory.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbytem w dniu 20. b. m. wybrani zostali w myśl wniosków Komitetu przedwyborczego, którego sprawozdawcą był prof. Pieniążek, na rok 1894 prezesem Dr. August Kwaśnicki, wiceprezesem Dr. Józef Surzycki, sekretarzem stałym doc. Dr. Franciszek Sroczyński, sekretarzem dorocznym Dr. Leon Kryński, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* prof. Dr. Stanisław Domański, członkami komisyi redakcyjnej profesorowie Drowie: Napoleon Cybulski, Władysław Antoni Gluziński, Antoni Mars i Alfred Obaliński, delegatami do Rady zaw. Tow. lek. galic. Drowie Władysław Bylicki i Hilary Schramm.

— Dr. Henryk Kümmerling osiadł na zimę jako lekarz praktyczny w Abbazyi.

— W roku 1892 wywieziono z Peruwii liści koki do Londynu 2672, do Hamburga 932 i do Nowego Jorku 221 funtów, razem przeto 3825 funtów wartości w przybliżeniu 400000 franków. Najwięcej koki pochodzi z prowincyi Huanuco.

— Haffkine próbuje dalej w Indyach Wschodnich swych szczepień przeciw cholerze. Do końca października zaszczepił już 14000 osób prawie wyłącznie z ludności angielskiej.

— Najstarsza niewątpliwie osoba, na której w czerwcu r. 1843 dokonał Dr. Atlee w Filadelfii owaryotomii, stara panna, żyje, ma lat 81 i cieszy się jak najlepszem zdrowiem.

— W Marsylii otwarto w dniu 9. b. m. drugi we Francyi (po Paryżu) zakład szczepienia przeciw wściekliźnie metodą Pasteurowską. Dyrektorem zakładu tego został Dr. Livon a naczelnikiem pracowni Dr. Azaïs.

— W Warszawie powstały temi czasy dwa nowe zakłady lecznicze prywatne, mianowicie Dr. Roman Skowroński po odpowiednich studyach w Sztokholmie i Berlinie otworzył przy ulicy Jasnej pod l. 7 zakład gimnastyczno-leczniczy dla mężczyzn i kobiet a Dr. Bączkiewicz urządził zakład leczniczy dla chorych stałych, przychodnich i dla szczepienia ospy ochronnej.

— Ażeby ulżyć skarbowi publicznemu wydatków na utrzymywanie uniwersytetów a mianowicie klinik i instytutów lekarskich, zamierza rząd pruski przedłożyć sejmowi projekt do ustawy, mocą której miasta uniwersyteckie będą musiały przyczyniać się o wiele więcej, niż dotychczas, do wydatków na uniwersytety a w szczególności na administracyę klinik i poliklinik.

— W Towarzystwie Hufelanda w Berlinie miał w dniu 7. b. m. znany profesor O. Liebreich wykład o znaczeniu biologicznem mazi skórnej (*vernix caseosa*) a określiwszy ją chemicznie jako eter cholesteryny, oświadczył się za tem, iż ma ona chronić płód od żrącego działania wód płodowych.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Warszawie w dniu 12. b. m. Dr. Tomasz Trąbczyński, przeżywszy lat 57. W Bracławiu na Podolu Dr. Erazm Strzelecki, niegdyś tamtejszy lekarz miejski, przeżywszy lat 69. W Krakowie Dr. Fryderyk Braunstein, przeżywszy lat 75. W Abbazyi Dr. Łazarz Dokicz, b. prezydent ministrów serbskich, przeżywszy lat 48. W Urac Dr. Dupré, b. profesor Wydziału lekarskiego w Montpellier i były senator z departamentu *Hautes-Pyrénées*, przeżywszy lat 85.

Na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli na ręce Prezesa Tow. lek. krak. w dalszym ciągu następujący koledzy: prof. Stopczański, prof. Łazarski po 5 złr.; Paszkowski, Wiszniewski po 3 złr.; Gabryszewski, prof. Korczyński, prof. Pareński, Skobel po 2 złr.; Blatteis Jakób, Borzęcki, Bossowski, Braun, Buzdygan, Cercha, Cholewicz, prof. Cybulski, Filimowski, Gwiazdomorski, prof. Halban, Hauser, Kohn, Kopff, Korczyński L., Kośmiński, Koy, Langie, Łepkowski, Lustgarten, Mendelsburg, Oettinger, Pelczar Z., Płotrowski E., Rosenzweig, Rosner A., Schaitter, Schwarz, Skórczewski, Śliwiński, Wachholz, prof. Walentowicz, Kosiński, Brudzewski, Haim, Milewski, Tyszkiewicz po 1 złr.; Hirsch Herman, Junger Jakób, Kirschner Aron, Sokołowski, Świtalski, Żuławski, Zanietowski młodszy po 50 cent.; Torczyński, Biesiadzki po 25 cent. Razem 65 złr.

Z poprzednio złożonemi na ręce Prezesa 59 złr.

Razem 124 złr.

Na pomnik ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* członkowie grona redakcyjnego *Kroniki lekarskiej* 10 rubli oraz Dr. Kluczycki z Mędrzechowa 2 złr.

Sprostowanie. W artykule Dra Bąkowskiego w nrze 45, str. 645, szp. I., w. 26 od góry zamiast „z głową dużą, twardą, znacznie opuchłą“, winno być „z twarzą znacznie opuchłą, głową dużą“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 537. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę III. bezpłatnego asystenta przy katedrze chirurgii.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 31. grudnia 1893 r.

Kraków dnia 18. grudnia 1893 r.

Browicz
Dziekan Wydziału lekarskiego.

KONKURS.

Gmina miasta Skałata rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną płacą 200 złr.

Termin wniesienia podań do 15. stycznia 1894.

Kompetować mogą tylko Drowie wszech nauk lekarskich. 143—1—1

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

140—4—2 *Dr. Głowacki.*

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W mieście Kańczuga jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą w kwocie 300 złr. w. a. i mieszkaniem.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. stycznia 1894 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić. 142—2—1

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.